



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

Pessoa com Asma:

Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Ana Cristina Cordeiro Severiano Machado

2012



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

Pessoa com Asma:

Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Ana Cristina Cordeiro Severiano Machado

Relatório de Estágio Orientado por:

Professora Maria Adelaide Pedreira Reina Pita Negrão

2012

É PARTE DA CURA O DESEJO DE SER
CURADO

SÉNECA

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho:

A toda a minha família, ao Maximiano, ao Pedro e à Mariana pelo apoio e amor incondicional, ajudando a superar os momentos mais difíceis.

Ao meu pai e à minha sogra, pela compreensão e ajuda que prestaram.

À minha mãe que apesar de não estar entre nós é uma fonte diária de inspiração.

A todos aqueles cujo valioso contributo permitiu que este trabalho fosse uma realidade, que pela impossibilidade natural não posso nomear, realço a Lurdes e a Sofia pela disponibilidade, amizade e apoio nos momentos de desânimo.

Aos colegas de trabalho pelo incentivo, carinho e disponibilidade, demonstrado nesta minha jornada, bem hajam.

Aos colegas do mestrado, especialmente os companheiros das viagens de carro, pela partilha de conhecimentos, pelos momentos de alegria e por todo o apoio e alento nos momentos de desespero.

Por fim, à minha orientadora Professora Pedreira Reina, pela caminhada que fizemos juntas, pelos conhecimentos e pelo positivismo que transmitiu.

A TODOS VÓS O MEU MUITO OBRIGADA

RESUMO

A asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas que se manifesta por episódios recorrentes de opressão torácica, pieira, dispneia e tosse, decorrente de uma redução ou até mesmo obstrução no fluxo de ar.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) “a asma afecta 235 milhões de pessoas em todo o mundo”. Em Portugal, segundo a Fundação Portuguesa do Pulmão (FPP), estima-se que 10% da população sofra de asma (2011, p. 14).

De acordo com Gaspar, Almeida e Nunes

“a asma brônquica associa-se a apreciáveis taxas de morbilidade, traduzindo-se por um elevado número de recursos ao serviço de urgência e internamentos hospitalares. Apesar de uma tendência decrescente observada nas últimas décadas nas taxas de mortalidade associadas a esta doença, verifica-se ainda um número significativo de óbitos evitáveis por asma” (2006, p. 27).

Este projecto está direccionado para a pessoa com asma, no âmbito da consulta externa de um hospital, na medida em que esta doença, podendo limitar a pessoa nas actividades habituais, a nível pessoal, social, psicológico, causando perturbações no seu bem-estar e qualidade de vida, pode também interferir com a sua família.

Pretende-se percepcionar o papel do Enfermeiro Especialista de Reabilitação (EER) no cuidar destas pessoas e família/cuidador, com vista a minimizar a ocorrência de crises e promover o auto controlo e, conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida.

Os estudos efectuados neste domínio destacam que os programas de educação personalizados são estratégias importantes de *empowerment* e *coping*, através de um conhecimento da patologia e forma de controlo.

Palavras-chave: Asma, Enfermagem de Reabilitação, Consulta de Enfermagem, Adesão terapêutica

ABSTRACT

Asthma is a chronic inflammatory disease of the airways, resulting in recurrent episodes of chest tightness, wheeze, shortness of breath and cough, which is caused by the reduction or the obstruction of the airflow.

According to the World Health Organization (WHO, 2012) “asthma affects 235 million people in the world”. In Portugal, the Portuguese Pulmonary Foundation (FPP), estimates that 10% of the population has asthma (2011, p.14).

Gaspar, Morais and Nunes report that

“asthma is responsible for a significant high rate in morbidity, representing a elevated number of emergency room visits and hospitalization. Although the rate of mortality cause by asthma seems to be decreasing over the last decades, there are still a considerable amount of deaths by asthma that could be avoided” (2006, p. 27).

This is an asthma patient oriented project, in the outpatient department of a hospital, taking into account that asthma is an illness that can place severe limitations on daily life, on a personal , social and psychological level, leading to inadequacy in the person's well being and quality of life, furthermore it can interfere with one's family.

This project expects to perceive the specialist nurse in rehabilitation's role when caring for these patients and their families, seeking to minimize the occurrence of the crises, to promote self control and consequently enhance the quality of life.

Studies on this subject have shown that the personalized educational programs are important strategies to provide both empowerment and coping, through knowledge and self-management.

Key-words: Asthma, Rehabilitation Nursing, Nursing's Office, adherence to the medication.

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	10
2 – JUSTIFICAÇÃO DO TEMA	14
2. 1 – Contributos da Investigação	17
3 – ENQUADRAMENTO TEORICO	24
4 – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	32
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
BIBLIOGRAFIA	53
APÊNDICES	62
APÊNDICE I – Visita Serviço de Medicina	
APÊNDICE II – Visita Serviço de Pneumologia	
APÊNDICE III – Cronograma da Prática Clínica	
APÊNDICE IV – Competências, Objectivos e Actividades	
APÊNDICE V – Formação	
APÊNDICE V I – Registo de Enfermagem de Reabilitação – Avaliação Motora	
APÊNDICE VII – Estudo de caso	
APÊNDICE VIII – Programa Enfermagem Direcctionado para a Pessoa com Asma e Familiar em Consulta Externa	

**APÊNDICE IX – Folha de Avaliação Enfermagem de Reabilitação à
Pessoa com Asma em Consulta Externa**

APÊNDICE X – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração

SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Actividades de Vida Diárias

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DEMI - Débito Expiratório Máximo Instantâneo

DGS – Direcção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EER – Enfermeiro Especialista de Reabilitação

ESEL – Escola Superior Enfermagem de Lisboa

FPP – Fundação Portuguesa do Pulmão

GEPIG – Gabinete de Estudos, Planeamento e Informação para a Gestão

GINA – Global Initiative for Asthma

MAT - Medidas de Adesão aos Tratamentos

MEEM - Mini-Exame do Estado Mental

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPAIC - Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica

SPP – Sociedade Portuguesa de Pneumologia

VAS - Escala Analógica Visual

WHO - World Health Organization

% - Percentagem

2º - Segundo

3º - Terceiro

4º - Quarto

1 – INTRODUÇÃO

No âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi-me solicitada a elaboração de um projecto que, ao mesmo tempo que promovesse a minha formação como futura enfermeira especialista, contribuísse para a melhoria dos cuidados tendo por base um problema identificado no meu contexto de trabalho.

Para o desenvolvimento deste projecto foi importante ter como referencial as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação bem como as competências gerais, sendo que as últimas foram aplicadas ao longo do meu percurso pois encontram-se em permanente desenvolvimento. Ambas as competências são emanadas pela OE e, passo a citar as competências específicas de enfermagem de reabilitação:

- 1) “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- 2) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- 3) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (2010, p. 3 e 4).

Após reflexão sobre a minha prática, o meu contexto de trabalho e, tendo como referência as competências já enumeradas, identifiquei a necessidade de desenvolver competências específicas como enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, na área do foro respiratório, mais especificamente nos cuidados à pessoa com asma, uma vez que constatei que havia um número significativo de pessoas que eram hospitalizadas devido a descompensação da sua situação clínica.

Sendo a asma brônquica uma doença crónica que afecta um elevado número de pessoas em todo o mundo, a sua causa é atribuída a factores de risco que, segundo Holgate e Douglas (2010), podem ser categorizados como: factores predisponentes, causais e desencadeantes. Os factores predisponentes são factores da pessoa que predispõem a mesma a desenvolver asma, como por exemplo a predisposição genética e o sexo da pessoa; os factores causais consistem em factores ambientais que, em pessoas com predisposição, influenciam a susceptibilidade ao desenvolvimento da asma; os factores

desencadeantes também são factores do meio ambiente, mas que podem exacerbar a asma e/ou levam à persistência dos sintomas.

Saliento, também, uma directriz da OE, onde se refere que o enfermeiro especialista de reabilitação deve

“ajudar as pessoas com doença aguda, crónica ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. (...) O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (2010, p. 2).

É neste enquadramento que estabeleço como objectivo geral: **Desenvolver competências na área da enfermagem de reabilitação, visando a prestação de cuidados de qualidade à pessoa com asma e respectiva família/cuidador.**

Neste âmbito defino como objectivos específicos:

- Identificar as problemáticas específicas da pessoa com patologia de asma e seus familiares/cuidadores;
- Identificar estratégias de intervenção promotoras da qualidade de vida da pessoa com asma e seus familiares/cuidadores;
- Implementar um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação à pessoa com asma na consulta externa;

A escolha de um referencial teórico que fundamente as intervenções de enfermagem é essencial. Após várias pesquisas e revisão de literatura a escolha recaiu na teoria de Swanson. Esta assenta em cinco processos de cuidar e proporciona uma base compreensiva para a prática de enfermagem. Estes processos são: conhecer; estar com; fazer por; possibilitar; e manter a crença (1991).

O *conhecer* a pessoa é compreender o significado que a doença tem para ela; o *estar com* refere-se ao facto de que é fundamental desenvolver uma relação empática e estar emocionalmente aberto para o outro; o *fazer por* é necessário pois, em determinada altura, poderá ter que substituir a pessoa no auto cuidado; o processo de *possibilitar* diz respeito à transmissão de informação e sobre os conhecimentos para que o outro se capacite para o seu auto cuidado e, finalmente, o *manter a crença*, ou seja a esperança

de que as situações vão ser ultrapassadas. Os referidos processos anteriormente descritos adequam-se ao desenvolvimento do projecto, porque sendo a asma uma doença crónica, as pessoas com esta patologia necessitam de aceitar a sua doença, de saber geri-la, de conhecer os factores causais e os factores desencadeantes e, essencialmente, necessitam de apoio para, ao longo da sua vida, se adaptarem às novas situações e alterações que vão surgindo.

Assim, considero que os cinco processos do cuidar da teoria de Swanson permitem-nos compreender a pessoa e as suas reacções face à doença tendo em vista a aquisição de bases científicas para definir as intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com asma.

As intervenções do enfermeiro visam contribuir para o bem-estar e qualidade de vida das pessoas, nomeadamente educando para a saúde, valorizando e capacitando a pessoa para o cumprimento do regime terapêutico e para reconhecer as medidas necessárias para evitar o desencadear das crises.

Para Hoeman

“os enfermeiros de reabilitação tem uma obrigação de promover as intervenções preventivas na enfermagem de reabilitação, não só para assegurar que os utentes mantêm as capacidades funcionais, para evitar mais incapacidades e para prevenir complicações, como para defender o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade.” (2000, p. 20).

Estas intervenções tornam-se imperiosas e necessárias o mais precoce possível, sendo fundamental implicar a pessoa como parceiro activo do processo de cuidados.

Pela complexidade das situações que emergem num processo de uma doença crónica é sempre necessário envolver outros grupos profissionais na resolução dos problemas para que, com os seus saberes específicos, contribuam para uma melhor, mais rápida e eficaz resposta aos problemas. Assim, também é um objectivo promover a intervenção de uma equipa multidisciplinar em que intervenham: enfermeiro, médico e outros profissionais de saúde como sejam: psicólogo, dietista, assistente social e fisioterapeuta.

Menoita [et al] corroboram esta afirmação ao referir que "a reabilitação só faz sentido quando desenvolvida em **complementaridade funcional** com outros profissionais, em **interdisciplinaridade**" (2012, p. 39).

O presente trabalho irá ser realizado, segundo o guia de normas para apresentação de trabalhos escritos, em vigor na ESEL (2011) e, está estruturado em quatro partes: em primeiro lugar abordo a justificação do tema tendo por base, por um lado, os dados estatísticos relacionados com a patologia, por outro, a pesquisa de investigação em base de dados científica.

Em segundo lugar no enquadramento teórico, abordo o referencial teórico, defino o conceito de pessoa; a definição de asma, realço a importância da envolvimento da família, o conceito de *empowerment* e de *coping* e, por último, abordo a importância da adesão à terapêutica.

De seguida, no capítulo referente ao percurso de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermagem de reabilitação, descrevo e analiso este percurso elencando os ensinamentos clínicos. Estes foram efectuados num serviço de medicina de um hospital central e num serviço de pneumologia de um hospital distrital.

Nas considerações finais é efectuada uma abordagem crítica do processo e da incursão de aprendizagem realizada e é explanado o percurso efectuado tendo em vista a implementação de um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação à pessoa com asma na consulta externa.

Por fim segue-se a bibliografia que irá ser efectuada segundo os critérios normativos da *American Psychological Association* (APA) e os Apêndices, onde são apresentados todos os documentos que fui construindo ao longo do percurso de aprendizagem.

2 – JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

A asma é uma doença obstrutiva crónica que, segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS), “constitui um importante problema de saúde pública (...) importante causa de internamento hospitalar e também, de sofrimento a vários níveis” (2000, p. 1).

A nível mundial, a asma é uma das doenças crónicas mais frequentes afectando, segundo a OMS, “235 milhões de pessoas em todo o mundo” (WHO, 2012).

Na Europa, segundo a OMS, existem “29 milhões de pessoas com a patologia asma” (WHO, 2008, p. 32).

De acordo com uma projecção efectuada por Masoli; Fabian; Holt, Beasley “estima-se que pode haver um incremento de 100 milhões de pessoas com asma até 2025” (2004, p.471).

A Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) refere que, na patologia asma, “tem-se assistido a um crescimento da sua incidência e prevalência calculado entre 20 e 50% em cada década” (2012).

Segundo a FPP as doenças respiratórias são consideradas como a principal causa de mortalidade no mundo e estima-se que “em cada dia as doenças respiratórias são responsáveis pela morte de 40 portugueses” (2010, p. 87).

Em Portugal as doenças respiratórias crónicas atingem, segundo a FPP, 40% da população, sendo 10% desta percentagem referente à patologia asma (2011, p. 14). Também Gaspar; Almeida e Nunes salientam que a patologia asma afecta aproximadamente 1 milhão de portugueses, associando-se a custos directos e indirectos muito significativos (2006, p. 28).

Como a asma é uma patologia controlável e o número de pessoas afectadas é significativo, torna-se pertinente melhorar a eficácia e a eficiência dos cuidados de saúde à pessoa com asma pois, como refere Collière, “quanto mais ganham ou recuperam em autonomia, as pessoas tratadas e as suas famílias, tanto maior é a redução do custo dos cuidados, se não a curto prazo pelo menos a longo prazo” (1989, p. 331).

A FPP (2011) avaliou o impacto da patologia da asma, nos internamentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de 2006 a 2010, bem como a sua representação por

regiões de saúde. Assim, a nível nacional em 2006 registaram-se 3242 internamentos; em 2007 registaram-se 2903; em 2008 registaram-se 2800; em 2009 verificaram-se 2744 e em 2010 realizaram-se 2658 (p. 42). Da análise destes dados estatísticos verifica-se que existiu uma diminuição dos internamentos ao longo destes anos.

Pelo facto da instituição onde exerço funções estar inserida na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, parece-me pertinente apresentar os dados estatísticos desta região onde se verificou existir uma ligeira diminuição de internamentos entre 2006 e 2010, seguindo a tendência nacional. Constata-se que: em 2006 registaram-se 1313; em 2007 registaram-se 1109; em 2008 registaram-se 1083; em 2009 registaram-se 1065 e em 2010 registaram-se 1036 (p. 39).

Apesar de haver uma projecção sobre a evolução da patologia asma a nível mundial, referenciada anteriormente, e que nos indica que esta patologia vai aumentar, verificamos que o número de internamentos tem vindo a reduzir ao longo dos últimos anos. A constatação desta situação faz com que seja pertinente analisar os dados da instituição onde exerço funções.

Assim, para fazer esta análise solicitei os dados estatísticos ao Gabinete de Estudos, Planeamento e Informação para a Gestão (GEPIG). Em 2005, foram contabilizados 46 internamentos, com maior incidência nos meses de Janeiro, Outubro e Novembro; em 2006 foram contabilizados 39, sendo o mês com mais internamentos o de Maio; em 2007 constata-se uma grande diminuição, 19 internamentos, sendo que nos meses de Maio, Julho, Agosto e Setembro não há registo de internamentos. Em 2008 e 2009 verificou-se um aumento significativo, 38 e 46 internamentos, sendo os meses de Setembro a Novembro e de Janeiro e Setembro, respectivamente, os períodos com valores mais elevados.

Por último no ano de 2010, constatou-se uma diminuição para 34 internamentos, sendo Janeiro, Abril e Setembro os meses com números mais elevados.

Assim, verifico que os internamentos por asma variam entre 46 e 34 nos anos de 2005 a 2010, na Instituição onde exerço funções. A apresentação destes resultados reporta ao número de internamentos e não está dividida por faixas etárias, pelo que compreendem todas as idades entre o 1 e os 85 anos de idade.

A estatística apresentada indica uma diminuição dos internamentos hospitalares, tanto a nível nacional, como na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo e, também, na instituição onde exerço funções. Estes resultados poderão estar relacionados com um melhor controlo da doença, tal como referem Almeida, Bugalho, Gomes, “o tratamento e controlo da asma deve abranger áreas distintas de forma a garantir o sucesso com melhoria dos indicadores de controlo da doença” (2010, p. 1124). Segundo os mesmos o objectivo do tratamento deve incidir no controlo dos sintomas; evitar a morbilidade; restabelecer e manter as actividades de vida diárias; prevenir o desenvolvimento de obstrução irreversível; melhorar a função pulmonar; evitar os efeitos secundários dos fármacos; prevenir as exacerbações.

Ciente desta problemática, considero ser importante incentivar não apenas a pessoa com a referida patologia e familiar/cuidador mas também, os profissionais de saúde para aplicarem um conjunto de medidas que permitam um melhor controlo da asma, pois “a equipa de reabilitação desempenha um papel vital na melhoria da qualidade de vida dos utentes, ensinando-os a gerir os seus problemas respiratórios” (HOEMAN, 2000, p. 393).

Neste contexto é facilmente compreensível perceber que o enfermeiro de reabilitação tem um papel preponderante, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar da pessoa com asma e familiar/cuidador.

Para Hesbeen

“a experiência em reabilitação proporciona conhecimentos que contribuem para enriquecer qualquer prática de cuidados. A prática da reabilitação, para além das técnicas, requer pessoas, actores e profissionais de saúde aos quais se pede, sobretudo, a qualidade humana que proporciona um clima verdadeiramente humanizado” (2003, p. 135).

Exercendo funções no serviço de consulta externa, onde existe a especialidade de pneumologia, parece-me pertinente implementar na referida consulta um espaço de acompanhamento da pessoa com asma, onde se proporcionem intervenções de enfermagem de reabilitação, tendo como população alvo não só a pessoa com asma como também o seu familiar/cuidador.

Neste âmbito proponho-me elaborar e implementar, a médio prazo, um programa de acompanhamento à pessoa com asma e seu familiar/cuidador pois, tal como refere *Global*

Initiative for Asthma (GINA) “o cuidado apropriado com a asma pode ajudar o paciente a prevenir a maior parte das crises” (2003, p. 10).

Assim, pretendo promover a qualidade de vida das pessoas com asma e familiar/cuidador, incentivando a adesão à terapêutica através da informação sobre a patologia; sobre a detecção precoce das situações de crise e sua prevenção e, também, sobre a actuação precoce em situações de exacerbação. Dias [et al] afirmam que “a adesão à terapêutica é de extrema importância quando se reporta às doenças crónicas, pois estas têm um grande impacto na população” (2011, p. 203).

O dar informação à pessoa, assim como oferecer apoio emocional para permitir e validar os sentimentos dos outros é o possibilitar segundo Swanson (1991).

Na fase de concepção e elaboração do projecto dei conhecimento ao director do serviço de pneumologia e à enfermeira chefe do serviço de consulta externa, que manifestaram o seu interesse e consideraram o projecto pertinente e exequível.

2. 1 – Contributos da Investigação

A pesquisa que efectuei na base de dados da EBSCOhost (Cinhal e Medline) e a pesquisa bibliográfica, foram importantes para a escolha da temática, concepção e elaboração deste projecto.

Segundo Fricker (2005), um plano de acção individualizado para a pessoa com asma, tem como objectivo promover o *empowerment*, envolvendo a aquisição de conhecimentos acerca da sua patologia e encorajando a adopção de uma acção participativa/atitude pró activa no controlo da sua situação clínica. Segundo a autora, no Reino Unido, foram incentivadas as pessoas com asma a levar uma cópia do seu “plano de actividades individual”, e a discuti-lo com a Enfermeira ou Clínico Geral na consulta seguinte.

Com este trabalho, a autora concluiu que capacitar as pessoas para lidar com a asma, requer tempo e empenho por parte dos enfermeiros, mas oferece grandes benefícios em termos do controlo de sintomas e da qualidade de vida das pessoas. Os planos de controlo da asma precisam de ser trabalhados e ajustados à pessoa. A acção participativa da pessoa com asma reduz as admissões hospitalares, as idas ao Centro de Saúde e o absentismo laboral. As pessoas precisam de mensagens e informações simples para lidar

com a sua patologia. O uso de doses ajustáveis resulta num melhor controlo e menor uso de terapêutica.

Para Lawlor (2006), enfermeira especialista de reabilitação, na Irlanda, os sintomas da asma podem ser controlados, e o seu trabalho incide na adesão à terapêutica tendo identificado vários factores que originaram crises de asma com internamentos. Estes factores vão desde a incorrecta administração dos inaladores à não administração da terapêutica de tratamento, alegando a ausência de sintomas e esquecimento e, também, à baixa auto-estima, ao medo dos efeitos secundários, a não confiar no médico/enfermeiro ou o custo dos medicamentos.

Para a autora os factores desencadeantes podem ser difíceis de identificar e variar de pessoa para pessoa, sendo necessário um plano escrito individualizado, apoio multidisciplinar e disponibilidade para apoio constante, tendo o enfermeiro um papel fundamental neste tipo de suporte. Esta abordagem, segundo a mesma autora, é realizada pela *Asthma Society* e as pessoas podem entrar em contacto, sempre que necessitem, através de telefone, *e-mail* e pessoalmente. A autora refere que a Irlanda já criou oportunidades para melhorar a educação da pessoa com asma e o seu autocontrolo e, conseqüentemente, uma redução no número de internamentos.

O estudo realizado por Huang; Li; Wang (2008), em Taiwan, constituindo três grupos de pessoas com asma, em que um grupo recebeu tratamento convencional, outro uma educação individualizada (receberam um plano de educação individualizado, contacto telefónico uma vez semana, efectuado pelo enfermeiro e folhetos explicativos sobre o auto-cuidado na asma) e o terceiro recebeu uma educação individualizada com monitorização da função respiratória, duas vezes por dia. Estes três grupos foram seguidos durante 6 meses e os dados foram recolhidos de Janeiro a Dezembro de 2006. As variáveis estudadas incluíram dados demográficos, competência no auto-cuidado em relação à asma, a auto-eficácia na asma e o comportamento no auto-cuidado na asma. Verificaram-se os seguintes resultados: os doentes nos grupos com educação individualizada, apresentaram valores mais elevados nas variáveis de competência no auto-cuidado e auto-eficácia, do que os doentes do grupo de tratamento convencional. Para além desta constatação, verificou-se que os doentes que receberam educação individualizada com monitorização da função respiratória tiveram valores estatísticos significativamente mais elevados nos comportamentos de auto-cuidado na asma, na auto-

eficácia e nos indicadores de controlo da asma, do que os doentes do grupo que receberam apenas educação.

Segundo o autor, e como conclusão, os resultados mostram que a educação individualizada ajuda as pessoas mais velhas com asma a realçar e intensificar os seus comportamentos de auto-cuidado, ajudando-os a lidar com a sua doença e aumentando a sua qualidade de vida. Os resultados sugerem que os programas de educação, devem ser individualizados, de forma a promover eficazmente o auto cuidado por parte das pessoas mais velhas com asma.

Segundo Holohan (2008), a Associação de Asma da Irlanda representa os interesses de quase meio milhão de pessoas nesse país que são afectados por esta patologia e o principal objectivo é promover o controlo da asma, em conformidade com as melhores práticas internacionais. Para a autora, o tratamento efectivo da asma, requer o desenvolvimento de uma parceria entre a pessoa com asma e o profissional de saúde encarregue do acompanhamento dessa pessoa. Assim, aumentar o conhecimento das pessoas com asma sobre a patologia e sobre as muitas opções terapêuticas disponíveis, assim como dar informação sobre como evitar os factores desencadeantes de crise e como lidar com as exacerbações, disponibilizam às pessoas algumas ferramentas necessárias para o auto controlo.

A autora, refere que o controlo da asma deve ser avaliado regularmente e o seu tratamento ajustado num ciclo contínuo. Planos de acção personalizados incluindo a auto-monitorização, revisões periódicas do tratamento e dos níveis de controlo da asma, ajudam as pessoas com a referida patologia a fazer alterações no seu tratamento.

Segundo a autora, a Associação de Asma propõem-se apoiar os profissionais de saúde no desenvolvimento dos planos de tratamento individuais, disponibilizando folhetos sobre um leque amplo de assuntos, com informação independente e validada por médicos, assim como conselhos para as pessoas com asma e seu familiar/cuidador.

Para Jones (2008) a educação para a autogestão da asma envolve uma parceria colaborativa entre quem providência a educação e a pessoa com asma. Um plano de acção facilita a auto-gestão e melhora os resultados, e o controlo da asma pode ser atingido evitando os factores desencadeantes, obtendo a adesão da pessoa à medicação de controlo e pela capacidade de reconhecer os sintomas da asma e responder

adequadamente às situações. Para a mesma autora, o propósito da educação na asma é, portanto, ajudar a pessoa a desenvolver o conhecimento e as aptidões para saber quando a sua asma se está a agravar. Assim como, a partir dessa noção de gravidade, saber empreender e aderir a um regime de gestão e controlo da asma. Controlando os sintomas, a pessoa terá menos períodos de exacerbação, terá mais qualidade de vida, menos custos, uma progressão mais lenta da remodelação das vias respiratórias devido à inflamação, menos morbilidade e menor risco de morte por asma.

Segundo a autora, a educação é uma componente essencial na gestão da patologia. Há uma forte evidência de que deve existir uma relação de colaboração entre a pessoa e o familiar/cuidador, sendo a pessoa um participante activo no estabelecimento da autogestão e no plano de acção. Todo o prestador de cuidados, seja ele quem for: médico; enfermeiro e técnico, deverá estabelecer e manter uma parceria com a pessoa que realce e reforce a educação, encorajando-a à autogestão.

Segundo o estudo de Haines e Clarke (2009), quase 70% das pessoas com asma no Reino Unido referem sintomas diurnos e mais do que uma em três pessoas relatam dificuldade em dormir devido à sua asma.

Para estas autoras, uma gestão para a ausência de sintomas é possível na maior parte das situações onde é empreendida uma abordagem holística, por um profissional de saúde com treino específico na gestão da asma, incluindo o fazer uma história e um diagnóstico cuidadoso, gerir o regime medicamentoso e não medicamentoso, elaborar um plano de acção personalizado assegurando reavaliações oportunas e eficazes.

Segundo as autoras, toda a consulta da asma é uma oportunidade para reavaliar, reforçar e aumentar o conhecimento e as capacidades na gestão da asma. A educação da pessoa é um processo contínuo, as pessoas não são capazes de reter tudo o que os profissionais tentam ensinar-lhe de uma única vez, numa única consulta, portanto revisões estruturadas da sua asma tendem a ser mais eficazes. A técnica de inalação deverá ser reavaliada a cada consulta para assegurar que ela continua eficaz. Qualquer instrumento/dispositivo de inalação só deverá ser prescrito após a pessoa ter tido treino sobre a forma de utilização. Quando não fica demonstrada a eficácia da técnica inalatória, deve ser prescrito um dispositivo de inalação alternativo. Ao fazer uma apreciação da

capacidade da pessoa relacionada com a idade, a satisfação e o estilo de vida, podemos escolher um inalador apropriado e aumentar a adesão ao tratamento.

Segundo as autoras ficou demonstrado que os planos de acção para a asma, escritos e personalizados, aumentam os resultados para a saúde, quando usados como fazendo parte de um programa educativo de auto-gestão. Os planos personalizados da asma podem aumentar a confiança da pessoa e reduzir a probabilidade de exacerbações agudas.

As autoras concluem que a gestão para a ausência de sintomas é possível, quando profissionais de saúde com treino específico na gestão da asma, melhoram o diagnóstico, a prescrição, a educação, a monitorização e a continuidade dos cuidados. A espirometria deve ser usada nas pessoas com mais de 5 anos de idade e com grande probabilidade de ter obstrução das vias aéreas, sendo recomendável quando o diagnóstico é menos claro. Assim, a gestão da asma tanto a curto como a longo prazo, inclui abordagens medicamentosas e não medicamentosas, com educação para a auto-gestão centrada nas necessidades individuais, reforçada através de um plano de acção personalizado e escrito.

Segundo o estudo de Nunes e Ladeira (2001), realizado em Portugal, com um grupo de 32 pessoas com asma, que no início do estudo tinham idades inferiores a 10 anos e, foram seguidas e avaliadas ao longo de 20 anos, no período de 1 de Março de 1981 a 28 de Fevereiro de 2000. Durante este tempo foi analisado a frequência de consultas, patologias intercorrentes, frequência de crises de asma, necessidade de recurso ao serviço de urgência, internamentos e função respiratória. O número de hospitalizações durante os 20 anos corresponderam a 0.04/doente/ano, segundo os autores “as secções de educação dos asmáticos e familiares, durante as observações clínicas, efectuadas por pessoal médico e de enfermagem, poderão ter influenciado o número reduzido de crises e de hospitalizações por agudização da situação” (p. 218).

Os autores em consequência do estudo efectuado, referem que é importante: a detecção precoce da doença; agir conjuntamente com os pais e educadores, a uma melhor abordagem da doença, com o objectivo de reduzir o impacto negativo provocado por uma doença com características de cronicidade; constituir e envolver uma equipa multidisciplinar para apoio e ensino de regras às crianças portadoras de asma; ensinar os

pais e crianças a controlar as crises, a nível ambatório; sensibilizar o pessoal médico para o tratamento imediato e adequado das infecções respiratórias, em particular das vias aéreas superiores; estabelecer ligações inter-sectoriais com os cuidados de saúde diferenciados (consulta de especialidade, serviço de urgência e internamento), para uma adequada vigilância e controlo da asma; estabelecer ligações inter-sectoriais, com a assistente social, para apoio a pessoas com asma carenciadas, atendendo a que a asma necessita de tratamento contínuo; incentivar a formação de grupos de asmáticos, familiares e amigos como forma de melhorar a troca de conhecimentos, experiências e também como grupo de pressão.

No estudo de Fonte, Pereira, Calvo e Quaresma (2008), efectuado entre Março de 2004 e Novembro de 2006, em Portugal, foram seleccionadas crianças com idade igual ou superior a 5 anos, referenciadas à primeira consulta de pediatria, com asma intermitente ou persistente ligeira, tendo como finalidade avaliar a existência de correlação entre hiperreactividade brônquica e parâmetros ambientais, clínicos e laboratoriais.

O presente estudo mostrou ainda que as crianças atópicas, particularmente sensíveis a ácaros domésticos e a ácaros de armazenamento, apresentam maior reactividade brônquica relativamente às não sensibilizadas. Constatou-se que as crianças do meio rural apresentam maior hiperreactividade brônquica relativamente às do meio urbano.

Os autores concluíram que os resultados obtidos estabelecem correlação significativa entre hiperreactividade brônquica, tabagismo passivo e residência em meio rural.

Lopes; Delgado e Ferreira (2008) efectuaram um estudo, com um grupo de 95 pessoas com asma e pais, sendo crianças/adolescentes com uma idade média de 12 anos e pais com idade média de 40 anos, seguidos na consulta externa de imunoalergologia de um hospital pediátrico em Portugal. Através da aplicação de um questionário que incidia sobre os conhecimentos do portador de asma e da família, concluíram que a maioria dos pais admitia necessitar de maior informação sobre a doença e não sabia o que era o débito expiratório máximo instantâneo (DEMI) nem o mecanismo de acção do broncodilatador. Concluíram também uma percentagem significativa de adolescentes não sabiam responder às questões sobre a utilização do DEMI, causas da doença e factores desencadeantes das crises; os adolescentes que conheciam os factores desencadeantes revelaram uma melhor adesão à terapêutica.

Segundo os autores é importante simplificar o mais possível o tratamento e ir ao encontro das preferências da pessoa com asma. Não se pode ensinar sobre todos os aspectos da asma na primeira consulta, mas vai-se dando a informação ao longo das consultas subsequentes e, sobretudo, dar sempre a oportunidade de exprimir os seus medos.

Para os autores as áreas mais discutidas em consulta diziam respeito sobretudo às causas da doença, factores desencadeantes, tratamento e efeitos secundários. As pessoas sentem a necessidade de saber menos acerca da fisiopatologia e muito mais sobre os aspectos práticos do controlo da doença.

Os autores referem que a informação sobre a terapêutica é uma parte importante do processo de *empowerment*, e a informação verbal é crucial, mas necessita de ser complementada com a escrita, devendo esta estar sempre disponível para dar resposta às dúvidas.

Segundo os autores, a participação da pessoa com asma no seu tratamento constitui, em conjunto com a terapêutica farmacológica e medidas de evicção, elementos importantes na estratégia do autocontrolo da asma. Deverá ser incentivado o preenchimento de um folheto onde anotem as suas dúvidas a serem discutidas nas consultas subsequentes, sendo um material precioso para adaptar de modo dinâmico os processos educativos.

Para os autores a asma é uma patologia de características crónicas e com marcada prevalência nos jovens. É uma doença com crescente necessidade que condiciona um aumento da procura dos serviços de saúde, quer a nível de cuidados de saúde primários quer diferenciados. A terapêutica acarreta custos elevados, com necessidade diária de aplicação de medidas preventivas e de medicação de controlo. As descompensações ou surgimento de crises, são frequentes, durante ou após infecções respiratórias. A asma, apesar de ser conhecida das pessoas e seus familiares, provoca o recurso frequente a serviços de urgência, e mesmo a internamentos.

De acordo com os autores a asma é cada vez mais um problema de saúde pública, com elevado consumo dos serviços de saúde, e com custos inerentes a uma doença crónica com alta incidência desde a infância.

3 – ENQUADRAMENTO TEORICO

O exercício profissional necessita de ser suportado por um referencial teórico que norteie a prática. Segundo Watson teoria é “um agrupamento imaginativo de conhecimentos, ideias e experiências que são representados simbolicamente e procuram clarificar um dado fenómeno” (2002, p. 8).

Nesta perspectiva a teoria de Swanson faculta uma base compreensiva para conhecer e valorizar a pessoa que cuidamos, assim como as suas experiências e vivências, justificando a prática de enfermagem e favorecendo o autoconhecimento, o autocontrolo e a autonomia da pessoa, pelo que se encontra no paradigma fenomenológico e é um referencial teórico fundamental a promover a adesão ao regime terapêutico (CATELA, 2010).

A teoria de Swanson (1991) com os seus cinco processos de cuidar, permite ao enfermeiro um “olhar” profundo sobre a pessoa que cuida. Para Swanson, cuidamos utilizando cinco processos ou categorias de cuidados e, cada um deles, permite-nos definir intervenções a vários níveis, consoante as necessidades detectadas e os objectivos a atingir. Especificamente a autora diz-nos que *conhecer* implica a compreensão de um acontecimento com o significado que ele tem na vida do outro. Quando se trabalha com base no conhecer, o prestador de cuidados descentra-se de si para evitar ideias “à priori” sobre o significado do acontecimento (1991).

Swanson refere que o “conhecimento em enfermagem determina o potencial para a intervenção terapêutica de enfermagem no estar com, no fazer por e no capacitar a pessoa para determinar o que é relevante para, em última análise, se traduzir na promoção do bem-estar da pessoa” (1993, p. 355).

Para cuidar o enfermeiro tem de *conhecer* a pessoa. Nesta perspectiva, quando há conhecimento estabelece-se um compromisso entre o prestador de cuidados e o sujeito de cuidado.

O papel do enfermeiro visa a compreensão da situação e a intervenção de forma a ajudar a pessoa a ultrapassar as dificuldades, promovendo o autocontrolo e a autonomia pois, embora a pessoa com asma tenha conhecimentos de que esta é uma patologia controlável com o tratamento adequado, tem de a aceitar, e ao facto de, mesmo com

tratamento, poderem ocorrer crises. Referindo Kubler-Ross (1998) é importante realçar que a aceitação da doença não pode ser confundida com o estágio de felicidade, mas como que uma fuga de sentimentos, como se a dor se tivesse desvanecido.

O *conhecer* de Swanson (1998), ajuda-nos a delinear as estratégias de cuidar durante as fases de aceitação da doença ao indicar-nos que a pessoa deve ser o centro da nossa atenção, tudo deve estar focado nela e na sua experiência, analisando meticulosamente e procurando o que é dito e não dito pela pessoa. É importante que a pessoa seja capaz de explicitar tudo o que sente.

Outro processo que esta autora nos apresenta é o “*estar com*”, no sentido de estar emocionalmente presente para o outro. Isso, envolve “*estar lá*” comunicando ou transmitindo uma disponibilidade e partilhando sentimentos de alegria ou sofrimento. Contudo, a presença e partilha são controlados responsavelmente de forma que o que cuida não seja um peso para aquele que é cuidado” (1991, p. 9).

Neste processo o enfermeiro deve estabelecer uma relação terapêutica, mostrando-se disponível para a pessoa, aceitando a sua realidade e experiência de vida.

Para Swanson (1993, 1998) *estar com*, não inclui apenas o estar lado a lado em presença física, mas expressa a mensagem de disponibilidade e de capacidade para acompanhar no ultrapassar das dificuldades. Swanson refere como “*estar presente*; mostrar competência; partilhar sentimentos; não sobrecarregar o outro” (1991, p. 18).

No processo seguinte Swanson (1991, 1993, 1998) diz-nos que o “*fazer por*” é fazer pelo outro o que ele faria por si próprio se fosse capaz. O enfermeiro deve identificar estratégias de intervenção de forma a orientar e encaminhar, sempre que necessário, a pessoa com asma e seu familiar/cuidador, agindo de forma a preservar a dignidade do outro.

Swanson também refere que a função singular do enfermeiro é assistir o indivíduo, doente ou saudável, na execução das actividades que contribuem para a sua saúde ou para a restauração desta. *Fazer por* envolve acções por parte do enfermeiro, que são executadas para promover o bem-estar da pessoa. Inclui confortar o outro, antecipar as suas necessidades, actuar competentemente e com perícia, proteger o outro do dano e por último, preservar a dignidade daquele por quem fazemos.

Quando Swanson (1991,1993,1998) fala do processo “*possibilitar*” define-o como a acção de facilitar a passagem do outro pelas transições da vida, previsíveis e imprevisíveis. Sendo a asma uma patologia que pode originar incapacidade temporária, reflectindo-se a nível familiar, profissional e social, é essencial o enfermeiro orientar a pessoa e o familiar/cuidador de forma a saberem prevenir situações e actuar quando elas ocorrem.

Para Swanson deve-se “informar/explicar; apoiar/permitir; centrar-se no outro; gerar alternativas/reflectir sobre; validar/dar *feedback*” (1991, p. 18). Neste contexto, Swanson (1993, 1998) também inclui: treinar, informar e explicar ao outro, apoiá-lo, permitindo-lhe ter a sua experiência, assistir o outro para se focalizar em assuntos importantes, ajudá-lo a gerir alternativas, guiá-lo na reflexão sobre assuntos, dar-lhe o ponto da situação e validar a realidade do outro. Tal como no *fazer por*, o objectivo de *possibilitar* é assegurar a continuidade do bem-estar do outro.

O último dos processos de Swanson, “*manter a crença*”, é manter a fé na capacidade do outro para ultrapassar um acontecimento ou transição e enfrentar o futuro de forma significativa. (...) *manter a crença* inclui envolver o outro em estima e acreditar nele” (1991, p. 12).

Swanson (1993, 1998) refere que a orientação para o cuidar começa fundamentalmente com o acreditar na pessoa, na sua capacidade de ultrapassar episódios e transições, encarar um futuro com sentido. Acreditar nas pessoas está na base do cuidar.

Como refere Swanson, o enfermeiro tem de “acreditar em/estimar; manter uma atitude de esperança; oferecer uma atitude de optimismo realista; ir até ao fim com o outro” (1991, p.18).

É neste processo de manter a crença no outro que a pessoa com asma deve ser encorajada a ter uma vida activa; se pretender pode mesmo praticar desporto de alta competição, apesar de segundo Almeida e Gaspar existir uma “elevada prevalência de asma induzida pelo esforço em atletas de alta competição” (2002, p. 179). Também Holgate e Douglas referem que “em algumas equipas olímpicas, chega a haver 20% de atletas a declararem que sofrem de asma” (2010, p. 93).

No centro dos cuidados está sempre a pessoa pelo que, ao longo deste trabalho, a utilização do termo é frequente. Ao abordar a designação de pessoa, refiro-a como, ser humano, independentemente da idade, género, saúde física ou mental.

Segundo a OE “a pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (2001, p. 6).

Segundo Gândara “hoje em dia o sentido mais comum do conceito de pessoa é o sentido existencial” (1997, p. 226). Pessoa é considerada um ser racional que está no uso dos seus direitos, portanto é um agente de auto-cuidado.

Para Swanson a “pessoa no seu todo não é algo estagnado, é um todo dinâmico, que está sempre em crescimento” (1993, p. 352). Também, segundo Branco e Santos “a pessoa é vista como um todo, capaz de pensar, agir, sentir, participar, tomar decisões sobre si mesmo, no seu processo de saúde/doença” (2010, p. 111).

Para além dos conceitos já abordados importa explicitar, também, o conceito de asma pois esta é a patologia central de todo o trabalho. Segundo Álvares “asma brônquica é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas, multifactorial, em que os factores genéticos e ambientais contribuem para o seu desenvolvimento” (2006, p. 15).

Também Almeida, Bugalho, Gomes, referem asma como

“doença inflamatória crónica das vias aéreas. (...) A inflamação crónica conduz a uma hiperactividade das vias aéreas com episódios recorrentes de pieira, tosse e dificuldade respiratória” (2010, p. 1113).

Sendo a asma brônquica uma doença crónica ela também pode ser reversível, tal como é defendido pelos autores Todo-Bom e Pinto que afirmam que:

“a asma é, por definição, uma doença inflamatória crónica das vias aéreas caracterizada por uma obstrução brônquica generalizada mas variável que é, pelo menos parcialmente, reversível espontaneamente ou através de intervenção farmacológica e que está associada a um aumento de reactividade a vários estímulos” (2006, p. 43).

Na presença de vários factores a pessoa com asma pode desencadear crises. Os autores Almeida, Bugalho e Gomes acerca deste assunto, afirmam que os sintomas de

“pieira e dispneia, mais frequentemente desencadeados, ou agravados, pela exposição a alérgenos ou irritantes, esforços físicos, riso, ar frio, havendo, ainda, quem as refira, desencadeados por alimentos, fármacos, emoções fortes. Existe uma tendência para o seu predomínio nocturno. Tosse, habitualmente de tipo irritativo, sobretudo nocturna ou

igualmente, desencadeada pela exposição a alérgenos e irritantes. Opressão torácica e cansaço fácil surgem, em regra, com o esforço e podem ser semelhantes às de outras etiologias” (2010, p. 1114).

Tendo em conta que a asma brônquica pode limitar a pessoa nas actividades habituais, causando perturbações no seu bem-estar e qualidade de vida, em termos psicossociais, tem grande impacto quer a nível pessoal quer a nível social interferindo, também, com a dinâmica da família.

Segundo a DGS “para além da magnitude do problema, sob o ponto de vista clínico, a asma determina, numa percentagem muito significativa de doentes, sofrimento a vários níveis, físico, psíquico e social, por vezes diário e repetido, extensivo às envolventes familiar, laboral e social, inserindo condicionamentos à sua actividade normal, que poderão induzir uma deterioração progressiva da sua qualidade de vida e do seu bem-estar” (2000, p. 8).

Assim, o envolvimento do familiar/cuidador da pessoa com asma é essencial para apoiar e assegurar a implementação das estratégias, que visam o desenvolvimento de competências e capacidades da pessoa para controlar a patologia.

Em qualquer situação a família é indispensável, segundo Almeida [et al] “a família desempenha um papel fundamental na garantia da continuidade de cuidados” (2005, p. 26), devemos pois centrar os nossos cuidados na díade pessoa/família, elaborando planos de acção específicos para cada situação.

O EER deve definir como objectivo principal preparar a pessoa para alcançar a sua autonomia na gestão da patologia. No entanto, após efectuar a avaliação das capacidades cognitivas das pessoas e, consoante o escalão etário, poderá ser necessário valorizar e sustentar o apoio familiar. Este é fundamental para o sucesso das estratégias definidas.

Assim, o alvo de cuidados não é só a pessoa mas também a família. O enfermeiro deve estar atento às necessidades desta, segundo Jesus [et al]

“já abordam a família como um “sistema”, estando atentas às suas necessidades, procurando cuidar da família e não apenas do elemento doente, isto é, a família está doente quando um dos seus elementos está doente, a sua estrutura altera-se, as suas capacidades ficam afectadas, assim como a mobilização dos seus recursos” (2005, p. 27).

Swanson (1991) no estudo que realizou não refere o tema família, mas ele está implícito e é uma referência constante na abordagem aos pais, salientando os sentimentos e as emoções sentidas e descritas por eles.

Como já referi a asma é uma patologia crónica, a pessoa e a família têm de ter consciência disso, têm de perceber a importância do cumprimento da vigilância médica, da terapêutica, da vacinação e da evicção dos desencadeantes. Têm de ser activos e capacitados para tomarem decisões.

Neste contexto é importante introduzir o conceito de *empowerment* que, segundo Sousa, é “um processo de aquisição de conhecimentos e competências por parte das pessoas, que promove um acréscimo de poder e controlo, explicitado através da participação e tomada de decisão na área da saúde” (2009, para. 5). O conceito de *empowerment* deve ser aplicado tanto à pessoa com asma, como ao familiar/cuidador, pois é fundamental estabelecer parcerias com todos para obtermos sucesso nas intervenções de enfermagem delineadas e conseguirmos a adesão ao tratamento. Neste contexto, podemos aplicar o *possibilitar* de Swanson dando informações, de forma a que a pessoa possa gerar alternativas e pensar como agir numa determinada situação (1991).

A teoria do cuidar proporciona um sentido essencial, razão pela qual os factores de cuidar e o papel de ajuda, podem ser percebidos como benéficos pelas pessoas cuidadas (SWANSON, 1991).

O cuidado de enfermagem ajuda a pessoa a ultrapassar as complexidades da doença, sendo importante a enfermeira apoiar os recursos de *coping* da pessoa, até porque numa abordagem mais recente a pessoa é responsabilizada pelo seu processo saúde/doença e deve ser capacitada para tomar decisões.

Segundo Sousa [et al]

“*coping* é definido como um esforço para responder a estímulos internos (reações emocionais ao acontecimento) ou externos (o próprio acontecimento) que são avaliados como negativos ou desafiantes. Se a resposta é direccionada para o evento externo estamos perante um tipo de *coping* focado no problema, se, por sua vez, ela é direccionada para as reações emocionais ou estado interno do indivíduo designa-se como *coping* focado na emoção” (2011, p. 152).

O tipo de *coping* que é escolhido pela pessoa, vai manifestar-se na forma de gerir a sua patologia e consequentemente no seu comportamento de auto controlo, influenciando a adesão ao tratamento.

Para Sousa, Landeiro, Pires e Santos

“considerando a doença crónica como um evento *stressor*, a forma como ela é percebida pela pessoa (dependendo das suas representações de doença) e as estratégias que adopta face à nova situação de saúde, influenciam os comportamentos de adesão e, consequentemente, o controlo da patologia, o que se poderá reflectir no seu bem-estar e qualidade de vida” (2001, p. 151).

O apoio aos recursos de *coping* deve ser dado consoante os factores de *stress* que desencadearam a situação, a compreensão e a aceitação demonstrada pela pessoa.

Segundo Thelan, Davie e Urden para reforçar os factores de *coping* os profissionais de saúde devem

“dar informação verdadeira ao doente à medida que ocorrem as alterações na doença e tratamento. Demonstrar uma perspectiva positivista e racional sobre a doença, tratamento e prognóstico. Fornecer meios para que o doente possa exprimir auto-controlo e tomar decisões autónomas. Reforçar as forças e capacidades do doente. Reconhecer que a negação é uma fase adaptativa da doença. Colaborar com o doente e família nos cuidados e tratamento. Conceder tempo, especialmente para fazer o luto da perda da função ou capacidades físicas” (1993, p. 958).

Para intervir consoante o atrás descrito e conseguir a adesão ao tratamento, inicialmente, o EER deve fazer uma avaliação da percepção dos acontecimentos, à pessoa e familiar/cuidador, e com base nessa avaliação desenvolver o plano de acção.

Segundo a *World Health Organization* (WHO) nos países em desenvolvimento apenas 50% dos doentes que sofrem de doença crónica aderem às recomendações de tratamento. Nas pessoas com patologia de asma a taxa de abandono do regime terapêutico é de 30% a 70%. O não cumprimento de um plano terapêutico regular de controlo da asma, resulta no mau controlo da mesma com consequências clínicas, como a exacerbação da patologia, menor qualidade de vida, visitas ao serviço de urgência e hospitalizações (2003, p. 27).

A intervenção de enfermagem deve ser o mais precoce possível, sendo a consulta de enfermagem um momento privilegiado para delinear estratégias que contribuam para a adesão ao regime terapêutico. Segundo Delgado e Lima um dos “principais problemas que o sistema de saúde enfrenta é o abandono ou o incorrecto cumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde” (2001, p. 81).

Os métodos para ensinar e treinar a pessoa são escolhidos consoante a avaliação feita anteriormente pois, de acordo com Dias [et al], “o ensino pode ser de transmissão oral e/ou escrita, sob a forma de panfletos e de filmes, entre outros métodos. É obrigatória a clareza e a objectividade da linguagem, que deve ir de encontro ao nível cultural e cognitivo do doente e ser de fácil memorização” (2011, p. 212).

Para reforçar a ideia já explícita e, segundo Cabral e Silva, “é, pois, necessária uma abordagem bio-psicossocial que encare os doentes como parceiros activos no percurso terapêutico” (2010, p. 2). Assim, a abordagem do EER à pessoa e familiar/cuidador tem de ser adequada a cada situação, avaliando o nível de conhecimentos. E, como refere Machado, “as intervenções de enfermagem serão fundamentalmente no âmbito do educar, ensinar, instruir e treinar” (2009, p. 58).

Então, tendo como objectivo a qualidade de vida da pessoa com asma, o EER faz diagnósticos de enfermagem, promove as estratégias de desenvolve actividades, para obter a adesão ao tratamento e promover o auto controlo, intervindo consoante as estratégias de *coping* da pessoa, de forma a que se tornem verdadeiros parceiros dos profissionais de saúde, nas decisões acerca do seu processo de saúde/doença.

4 – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Toda a intervenção do EER na pessoa com asma, foi assente na aquisição, mobilização de conhecimentos e competências específicas adquiridas ao longo de todo o percurso realizado, teórico e no contexto de prática de cuidados, tendo como principal objectivo a prestação de cuidados de qualidade à pessoa com esta patologia e respectiva família/cuidador, indo assim de encontro ao referido pela OE que diz “o nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (2010, p. 2).

Neste contexto, delinieei e estabeleci estratégias de intervenção especializadas direccionadas à pessoa com asma, procurando responder à problemática definida neste relatório, as quais irei esplanar ao longo deste capítulo de aquisição e desenvolvimento de competências.

Segundo Matos e Machado “a asma brônquica é uma doença complexa e interfere com a qualidade de vida desses doentes” (2007, p. 139). No entanto, segundo Lopes, Delgado e Ferreira “os programas de educação devem ser iniciados aquando do diagnóstico e continuados em consultas subsequentes, de forma a incentivar a adesão, o autocontrolo, e promover uma melhor qualidade de vida” (2008, p. 243), assim a identificação precoce dos sinais e sintomas, bem como um conhecimento dos factores desencadeantes, permite à pessoa com asma e família/cuidador controlar e prevenir a ocorrência das crises de asma.

Deste modo, será facilmente compreensível perceber que o enfermeiro tem um papel preponderante no *empowerment* da pessoa com asma e família/cuidador. Segundo Swanson “enfermagem é o cuidar informado para o bem-estar de outros” (1993, p. 352).

A FPP refere que a asma “atingirá pelo menos 10% da população e está mal controlada em muitos casos” (2011, p. 230), sendo uma importante causa de internamentos recorrentes, facto que constatei no ensino clínico que efectuei, com a finalidade de desenvolver competências na área de enfermagem de reabilitação.

Programei e visitei duas instituições distintas com a finalidade de identificar os contributos que estas poderiam ter não só para a aquisição das competências gerais como enfermeira especialista mas também para o meu projecto. Assim, após as visitas propus as mesmas como campos de ensino clínico. Assim, estes decorreram num serviço de Medicina de um hospital central (Apêndice I) e num serviço de Pneumologia de um hospital distrital (Apêndice II).

O ensino clínico teve a duração total de 18 semanas, 54 turnos, sendo 9 semanas, 27 turnos, em ambos os campos de estágio. No serviço de medicina decorreu de 30 de Setembro a 29 de Novembro de 2011 e no serviço de pneumologia decorreu de 6 de Dezembro de 2011 a 14 de Fevereiro de 2012, estando inserida nas equipas multidisciplinares, segundo o cronograma que elaborei (Apêndice III).

Tendo em consideração as competências emanadas pela OE, relativamente ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (2010), estabeleci objectivos específicos, determinando o desenvolvimento de actividades e os indicadores e critérios de avaliação. (Apêndice IV).

O ensino clínico de enfermagem remete-nos para a existência de diferentes lugares/espacos de formação. O estágio clínico para mim foi uma experiência inovadora, pelos serviços e pela equipa, requerendo integração na dinâmica do serviço e na equipa multidisciplinar, visto que actualmente exerço funções num serviço de consulta externa (desde Outubro de 2002), embora tenha iniciado a minha actividade profissional num serviço de medicina.

Segundo Silva [et al]

“revestem-se de grande importância os ensinamentos clínicos de enfermagem e as Escolas Superiores de Enfermagem, com as instituições prestadoras de cuidados de saúde, têm grande responsabilidade em facilitar aos estudantes o desenvolvimento de capacidades para a prática de enfermagem” (2004, p. 103).

No que concerne ao desenvolvimento de capacidades para a prática de enfermagem de reabilitação, o ensino clínico revestiu-se de interesse, na medida em que promoveu a consciencialização dos papéis que o enfermeiro de reabilitação é chamado a desenvolver e as competências requeridas para o desempenho.

Para Ferreira “é da interligação do saber facultado pelo conhecimento teórico e do saber oriundo do conhecimento prático que o aluno constrói a sua competência profissional” (2004, p. 127).

Integrada nas equipas de enfermagem teve oportunidade de estabelecer relações mais equitativas e próximas com o EER, aprendendo com ele a prática da enfermagem de reabilitação.

Para Hoeman

“se os estudantes de enfermagem adquirirem os princípios e práticas da enfermagem de reabilitação, independentemente da sua futura área de prática, mais facilmente irão ser capazes de introduzir os princípios e práticas da reabilitação nos outros níveis de intervenção e de prestação de cuidados da enfermagem” (2000, p. 84).

A EER presta cuidados de enfermagem direccionados à pessoa e família/cuidador, com as mais diversas patologias, permitindo uma maior abrangência na aprendizagem, pois requer uma constante necessidade de aprofundar os conhecimentos.

Os serviços por onde efectuei a minha incursão clínica, permitiram-me prestar cuidados a pessoas com um vasto leque de patologias. Constatei que no serviço de medicina as patologias mais frequentes eram as doenças cerebrovasculares; doenças do foro respiratório (pneumonias, derrames pleurais, infecções respiratórias, doença pulmonar obstrutiva crónica “DPOC”); doenças do foro cardíaco (insuficiência cardíaca, arritmias, bradicardia); doenças hepáticas; renal e do foro oncológico. O serviço de pneumologia estava mais direccionado para as patologias respiratórias, como diagnóstico principal, como por exemplo: infecções respiratórias; pneumonias; DPOC; bronquites; asma; enfisema pulmonar; abscesso pulmonar; derrames pleurais; pneumotórax, fibrose pulmonar, apresentando outras patologias associadas, nomeadamente do foro oncológico, cardíaco, neurológico, hepático e renal.

No início de cada ensino clínico, em reunião com a Enfermeira Chefe, EER e Docente Orientadora, efectuei a apresentação do meu projecto e dos respectivos objectivos, deixando sempre patente que, como pano de fundo, estavam todas as competências do EER. Como referi anteriormente, o projecto está direccionado para as pessoas com asma tendo em vista a implementação futura de uma intervenção especializada de Enfermagem na consulta de pneumologia, da instituição em que exerço funções, criando assim um

acompanhamento por parte do EER, o qual não existe actualmente. Pretendo que a intervenção de enfermagem na consulta se constitua como um processo de interacção entre o enfermeiro e a pessoa e família/cuidador, na busca da promoção da saúde e prevenção da ocorrência de crises e, principalmente, de internamentos hospitalares.

Segundo o estudo efectuado por Andrade,

“toda acção de cuidado só faz sentido em um espaço relacional. Aprofundar tal ideia é afirmar que o cuidado não pode se definir somente por suas acções e técnicas, mas pelas formas e pelos termos da própria relação entre aqueles e aquelas que cuidam e os seres e outros elementos que cuidamos” (2009, p. 389)

Ambos os serviços têm equipas multidisciplinares com constituição idêntica: enfermeiros (Enfermeira Chefe; uma EER e enfermeiros generalistas); médicos; assistentes operacionais; assistente social; dietista e secretária de unidade. No serviço de Medicina os elementos da equipa de enfermagem são jovens, de fácil socialização e receptivos a receber alunos. No início do ensino clínico estavam no serviço: a aluna EER, uma aluna do 4º ano de enfermagem, 8 alunos do 3º ano de enfermagem e alunos de medicina. O grande número de alunos obriga a pessoa a repetir várias vezes a história, normas e rotinas, no entanto, isto não parece ser percebido como factor negativo, antes como um reconhecimento do serviço como campo de ensino clínico de eleição. A equipa multidisciplinar mostra interesse pela enfermagem de reabilitação, solicitando amiúde a avaliação e intervenção da EER, o que evidencia o trabalho já desenvolvido pela enfermeira no serviço e o reconhecimento da importância das intervenções de enfermagem de reabilitação para o restabelecimento das pessoas.

No período em que decorreu o ensino clínico, no serviço de pneumologia, estavam 3 alunos de enfermagem de reabilitação de diferentes instituições de ensino a realizar o respectivo estágio.

Constatoei na prática a veracidade da afirmação de Hesbeen: “cada um, no lugar que ocupa, tem uma quota parte de responsabilidade em contribuir para um clima humanizado, mais rico e generoso” (2003, p. 92).

O EER norteia as suas intervenções segundo directrizes estabelecidas e competências específicas, segundo a OE “o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados,

baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas.” (2010, p. 2) Para isso dispõe de conhecimentos e de competências de enfermagem, no domínio da reabilitação e, neste contexto, os planos de cuidados são uma necessidade para a continuidade das intervenções. Descreve o cuidado de enfermagem a ser prestado à pessoa, família e comunidade, com base num diagnóstico de enfermagem, após a avaliação inicial da situação da pessoa. Segundo Amendoeira “o cuidado de enfermagem é desenvolvido através de processos de cuidar, constituindo-se estes como espaços de aprendizagem do mesmo” (2000, p. 2).

Segundo a OE a intervenção do EER “visa promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades” (2010, p. 1).

Elaborei os plano de cuidados, a todos as pessoas que cuidei, sendo estes uma etapa do processo de enfermagem, que orienta a prestação de cuidados e visa a avaliação dos mesmos. Executei: entrevista/observação da pessoa; consulta do processo clinico; entrevista aos familiares/cuidadores; e recolha de toda a informação transmitida pela equipa multidisciplinar.

Para Garcia e Nóbrega

“o Processo de Enfermagem indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de acções dinâmicas e interrelacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer (Sistematização da Assistência de Enfermagem), fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área” (2009, p.189).

Neste contexto identifiquei os principais problemas definindo objectivos a atingir, delinee e validei o programa/estratégias de intervenção de reabilitação de enfermagem, segundo a orientação da EER, de cada serviço. Iniciei o mais precocemente possível, as intervenções de reabilitação e incentivei a colaboração da pessoa e família/cuidador, valorizando/incentivando positivamente os resultados alcançados.

Para Silva “os registos de enfermagem, além de garantir a continuidade dos cuidados, conferem-lhes validade legal” (2010, p. 23).

Garantindo a continuidade das intervenções de enfermagem e inserido no processo de enfermagem, elaborei os planos de cuidados que orientam a prestação dos cuidados e visam a avaliação dos mesmos. A metodologia utilizada na Instituição do serviço de pneumologia, é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), que orienta na formulação de diagnósticos de enfermagem, planeamento das intervenções e avaliação dos resultados.

De acordo com Hoeman

“o estabelecimento da confiança e do bom relacionamento é um pré-requisito para a criação de relações de ajuda entre os enfermeiros de reabilitação, as pessoas com deficiências crónicas, incapacitantes ou de desenvolvimento e suas famílias” (2000, p. 20).

Durante o ensino clínico tive a oportunidade de realizar técnicas visando desenvolver competências da enfermagem de reabilitação, das quais destaco: reabilitação funcional motora; reabilitação funcional respiratória; tendo permitindo realizar actividades terapêuticas, mobilizações, levantes, transferências para a cadeira e para a cama, treino de actividades de vida diárias (AVD's), “*push-up*” em cadeira, treino de marcha, treino da motricidade fina, executar ensinamentos à pessoa e família/cuidador, para reeducar a nível motor, cardio-respiratório, alimentação e eliminação. Assim como a gestão das necessidades de ensino/aprendizagem da pessoa e família/cuidador para a preparação da alta.

Swanson refere que a intervenção de enfermagem prestada à humanidade é cuidar das pessoas que experienciam alterações de saúde, reais ou potenciais, até que a pessoa (individual ou colectiva) seja capaz de cuidar de si (1991).

Visando dar resposta à minha temática, implementei os planos de reeducação funcional respiratória, adequados à realidade da pessoa com patologia respiratória e das suas necessidades pessoais, executando diversas técnicas no âmbito das competências de enfermagem de reabilitação, das quais saliento: visualização de radiografia do tórax; avaliação dos sinais vitais e da saturação de oxigénio; avaliação da dispneia recorrendo à utilização da escala de Borg; observação do padrão respiratório, palpação e auscultação pulmonar; posição de descanso e relaxamento; ensino sobre as técnicas de consciencialização da respiração e do controlo e dissociação dos tempos respiratórios; reeducação diafragmática abdominal e global, porção posterior e porção anterior, com e

sem resistência; flexão da coxo-femural com ênfase na expiração; reeducação costal selectiva e global, com e sem abertura costal, com e sem resistência, reeducação costal global com e sem bastão; ensino e treino de técnicas de limpeza das vias aéreas (tosse assistida e dirigida, ciclo activo técnicas respiratórias, aspiração de secreções), manobras acessórias de compressão, percussão e vibração; terapêutica de posição; drenagem postural modificada, instruir/treinar dispositivos de ajuda de limpeza (flutter, acapela); ensino e treino da utilização do espirómetro de incentivo; reforço positivo nos pequenos progressos. Procurei sempre articular os conhecimentos teóricos com a realidade prática, pelo que efectuei pesquisa bibliográfica de forma a sustentar toda a minha intervenção no conhecimento científico e investigação.

Dada a crescente tendência para o aumento da prevalência da asma, tal como é citado pela DGS “um crescimento das suas incidência e prevalência calculada entre 20 e 50 % em cada década” (2000, p. 7) é necessário suprimir as causas evitáveis e envolver a pessoa com asma na gestão da sua doença, transmitindo conhecimentos e desenvolvendo competências para actuar. Segundo Sousa é necessário “reconhecer os indivíduos como sujeitos activos no seu processo de saúde, admitindo que os mesmos são detentores de capacidades que lhes permitem exercer a sua autonomia (...) capacitar a pessoa para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde” (2009, para. 5).

Sendo o enfoque do projecto a pessoa com asma e a sua educação, é pertinente uma intervenção direccionada para as pessoas que estiveram internadas nestes serviços com o diagnostico de crise asmática, visto esta ser controlável pela própria pessoa e por familiares/cuidadores quando devidamente acompanhados em consulta de enfermagem.

Para Holgate e Douglas

“prevenir as crises de asma é o meio mais eficaz de controlar a asma. A prevenção eficaz implica identificar e evitar factores de risco e os factores desencadeantes da asma, juntamente com uma educação eficaz do doente e uma boa adesão terapêutica” (2010, p.80).

Segundo a DGS a asma é uma

“doença inflamatória crónica das vias aéreas que, em indivíduos susceptíveis, origina episódios recorrentes de pieira, dispneia, aperto torácico e tosse (...) sintomas este que

estão geralmente associados a uma obstrução generalizada, mas variável, das vias aéreas, a qual é reversível espontaneamente ou através de tratamento” (2000, p.7).

Assim, neste estágio a principal intervenção é dirigida ao alívio dos sintomas e ao controlo da respiração, que pode ser feita administrando a terapêutica prescrita e adoptando uma posição de conforto.

Costa refere que “nos asmáticos e doentes dispneicos tem particular relevância as técnicas de relaxamento e ensino de posições de descanso e a aquisição dum controlo da respiração” (1990, p. 1022).

É fundamental que a pessoa com asma conheça as posições de descanso e relaxamento para melhorar a ventilação, nesta perspectiva elaborei uma formação em serviço, direccionada para os enfermeiros, sobre técnicas de relaxamento muscular, com o tema “Técnicas de relaxamento na pessoa com asma brônquica” (Apêndice V). Tive a oportunidade de aplicar estas técnicas a duas pessoas internadas por crise de asma, que referiram sentirem-se mais calmas.

Costa salienta que

“as técnicas de relaxamento e ensino de posições de descanso tem por objectivo reduzir a tensão psíquica e muscular, facilitando a colaboração do doente e a aquisição dum controlo da respiração, diminuindo assim a sobrecarga muscular e a dispneia” (1990, p.1002).

Após a melhoria dos sintomas pretende-se o controlo da respiração, diminuindo assim a frequência e prolongando o tempo expiratório, iniciando-se logo que possível, após a crise, a reabilitação respiratória. Segundo a FPP “a reabilitação respiratória assenta no treino de exercício, educação, suporte nutricional e apoio psico-social, havendo evidência científica da sua eficácia” (2011, p. 231).

Costa refere duas fases passíveis de intervenção com reeducação funcional respiratória à pessoa com asma, sendo estas a crise asmática e o período intercrise.

Na fase da crise asmática o autor refere como objectivo principal o alívio do broncospasmo e da ansiedade, bem como o controlo da respiração. No entanto nesta fase não se deve alterar o ritmo respiratório, nem forçar as manobras para expectorar, podendo potenciar o agravamento do broncospasmo e da hipoxemia.

No período intercrise são definidos como principais objectivos:

- Aquisição do controlo da respiração; no âmbito do treino de posições de descanso e relaxamento; técnicas de relaxamento, apoio psicológico e ensino de controlo da respiração;
- Facilitação da drenagem brônquica nos doentes com broncorreia;
- Correção de assinergias e defeitos ventilatórios; exercícios de reeducação *abdomino*-diafragmáticos e costais;
- Prevenção e tratamento precoce dos defeitos posturais e das deformações torácicas;
- Reeducação no esforço.

Salienta ainda que esta fase é a ideal para iniciar a reeducação respiratória, permitindo assim uma melhor compreensão e colaboração da pessoa (1990, p. 1022).

No serviço de pneumologia, durante o ensino clínico, permaneceram várias pessoas internadas por crise de asma, com idades superiores a 50 anos de idade. No âmbito do desenvolvimento do meu projecto tive oportunidade de cuidar da pessoa com asma. Tal como foi referido anteriormente a reabilitação funcional respiratória inicia-se na fase de intercrise, permitindo-me assim: identificar os principais problemas da pessoa (estado cognitivo, antecedentes pessoais, alergias, condições da habitação, escolaridade, apoio familiar/cuidador,) avaliar o grau de conhecimento que a pessoa tem sobre a patologia, os sinais e sintomas, os factores desencadeantes e as estratégias que adopta em situação de agudização dos sintomas.

A importância da relação estabelecida com a pessoa também é realçada num estudo realizado por Pestana

“demonstra a importância do estabelecimento de uma ligação entre a equipe de saúde e as pessoas com asma para que comunicação seja facilitada, pois é através deste meio que as pessoas adquirem, sobre o seu diagnóstico, opções do tratamento e consciência da necessidade de cuidados” (2008, p. 85).

Considerando o referido anteriormente recorri ao ensino e treino da pessoa com asma e familiar/cuidador, incluindo neste processo temáticas sobre: a patologia; sinais e

sintomas; factores desencadeantes; posições de alívio e conforto/relaxamento; a gestão do regime terapêutico; os planos de reeducação funcional respiratória; as técnicas de conservação de energia (fase intercrise); correcção postural; vantagens do exercício físico e incentivar a cumprir a vigilância médica e o esquema de vacinação. Esta estratégia permitiu-me, incentivar a pessoa para a gestão da patologia e o autocontrolo, promovendo assim a adesão ao regime medicamentoso e não medicamentoso.

Swanson diz-nos que como enfermeiros o nosso foco de atenção não é tanto a melhoria da doença, mas sim, o assistir a pessoa para atingir, manter e readquirir um nível óptimo de bem-estar que ele escolhe face às suas necessidades pessoais e ambientais e aos seus constrangimentos e recursos (1993).

Também os registos das intervenções de enfermagem de reabilitação são importantes para avaliar, prescrever intervenções e monitorizar a evolução da situação, dando também visibilidade ao trabalho efectuado pela equipa de enfermagem.

Segundo Silva

“é crucial que os profissionais de saúde valorizem a informação produzida durante o exercício profissional, através de um registo efectivo e recorrendo a uma linguagem comum, o que implica a utilização de um sistema de documentação de cuidados apropriado” (2010, p. 21).

Os registos proporcionam informação importante para a continuidade dos cuidados e como meio de comunicação, apresentam conhecimentos pertinentes de uma forma lógica e clara, que possibilitam avaliar a qualidade das intervenções de enfermagem.

Segundo Silva

“a informação dos registos na área dos cuidados de enfermagem, deve ser de tal forma objectiva, que não suscite dúvidas ou outras interpretações a quem os consulta. Além disso, como possui um vasto leque de leitores potenciais, é essencial serem claros e exactos” (2010, p.22).

Para espelhar a informação produzida durante o exercício profissional é, como já referido, necessário efectuar registos. Nos serviços onde realizei o meu ensino clínico existia um instrumento de registo específico de enfermagem de reabilitação, o qual possibilita a continuidade dos cuidados.

Leite e Faro referem que “partindo do princípio de que o cuidar do corpo humano exige, necessariamente, um olhar para a dimensão total do ser” (2005, p. 93). A enfermagem de reabilitação ao estar direccionada para maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, no âmbito da reabilitação motora e da reabilitação respiratória, não perde de vista a pessoa como um todo.

Neste contexto e existindo no serviço de medicina uma folha de registo de intervenções de enfermagem de reabilitação respiratória, estabelecida pela instituição, senti necessidade de elaborar uma folha de registo de intervenções de enfermagem de reabilitação motora (Apêndice VI), com o conhecimento da EER e usando escalas para avaliar a situação da pessoa. Esta foi elaborada de forma a ser operacional e permitir-me realizar uma avaliação diária, mais completa. Era, para uso próprio, pois para ser utilizada por todos os EER teria de ser proposta e aprovada pela instituição.

Segundo Cardoso

“não existe um instrumento de medida ideal, estes devem ser escolhidos pela equipa multidisciplinar, atendendo à população alvo, idade e patologia mais frequente. Pode, e deve existir mais do que um instrumento adoptado num mesmo serviço, de modo a possibilitar a escolha mais adaptada às características do doente. No entanto, o instrumento escolhido para determinado doente deverá, sempre que possível, permanecer o mesmo durante o internamento” (2009, p. 45).

Para realizar a avaliação da pessoa é necessário a utilização de meios qualificados, que permitem a uniformização da linguagem na equipa multidisciplinar. Nesta perspectiva a aplicação de escalas e de instrumentos de avaliação na prática permite mensurar a evolução da situação da pessoa, orientando o planeamento das intervenções de enfermagem e a avaliação da situação.

Para Garcia e Nóbrega o “processo de Enfermagem pode acrescentar qualidade ao cuidado, melhorar a visibilidade e o reconhecimento profissional e representar uma possibilidade concreta de avaliação da prática profissional” (2009, p. 192).

A utilização das escalas de avaliação é um elemento facilitador da comunicação entre as pessoas e os profissionais de saúde e, uniformizam a linguagem entre a equipa multidisciplinar.

As escalas que eram aplicadas nos serviços, através da folha de registo de intervenções de enfermagem de reabilitação respiratória, eram:

- Escala da dor - Escala Analógica Visual (Visual Analogue Scale - VAS)

Permite avaliar a intensidade da dor e, segundo Cardoso, são “**escalas comportamentais** que reflectem a repercussão da Dor sobre o comportamento ou sobre a qualidade de vida” (2009, p. 49).

- Escala de Borg modificada / VAS

Avalia a dispneia e, segundo Martinez [et al], “algumas escalas adequadamente validadas para avaliação da dispneia actual são a analógico visual, a numérica e a escala de Borg modificada” (2004, p. 203).

Na folha que elaborei para o registo de intervenções de enfermagem de reabilitação motora introduzi outras escalas, com a orientação do EER, foram elas:

- Escala Coma de Glasgow

A monitorização do estado de consciência da pessoa é muito importante para determinar as intervenções de enfermagem de reabilitação adequadas.

Baptista refere que “pela dificuldade na interpretação uniforme do nível de consciência do doente e de forma a objectivar a avaliação do estado de consciência, surgiram algumas escalas, sendo a mais utilizada a escala de coma de Glasgow” (2003, p. 78).

- Escala de Ashworth

Teive [et tal] afirmam que “a espasticidade pode ser avaliada através de escalas. Entre estas citamos a de Ashworth” (1998, p. 853).

- Escala de Lower

A avaliação do grau da força muscular da pessoa é importante para delinear o plano de cuidados de forma a que as intervenções de enfermagem permitam que a pessoa atinga um maior nível de independência e autonomia. Segundo Branco e Santos para aplicar esta escala recorre-se ao uso da “nossa própria força e resistência, traduzida

numa fracção, onde o numerador representa o desempenho do doente e o denominador o do enfermeiro” (2010, p. 45).

Também usei a escala Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), numa situação em que o estado cognitivo era sugestivo de estar alterado. Esta escala avalia a capacidade cognitiva, segundo Lourenço e Veras “o presente estudo sugere que para fins de rastreamento cognitivo de populações idosas, em unidades ambulatoriais gerais de saúde, o MEEM deve ser utilizado” (2006, p. 718).

- Medidas de adesão aos tratamentos (MAT).

Através de perguntas simples sobre o cumprimento da toma dos medicamentos esta escala permite avaliar a adesão ao tratamento. Delgado e Lima elaboraram um estudo em que “o objectivo geral consistia em contribuir para a validação de um método que permita uma mais fácil e extensiva identificação, por parte dos profissionais de saúde, do comportamento dos doentes quanto à sua adesão aos tratamentos” (2001, p. 95).

- Autonomia Instrumental

A escala de Autonomia Instrumental avalia, segundo Gouveia, “a capacidade de execução de tarefas relacionadas com a adaptação ao meio ambiente” (2008, p.37).

Concomitantemente e no contexto do projecto e dos respectivos objectivos do ensino clínico, foi efectuado um estudo de caso, orientado pela EER, referente a uma pessoa em situação de crise asmática. (Apêndice VII).

Dando resposta aos objectivos do projecto, assisti à realização de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente em provas de função respiratórias e realização da broncofibroscopia.

As provas de função respiratórias permitem avaliar a capacidade do sistema respiratório para realizar as suas funções fisiológicas normais. Estas consistem no estudo dos volumes respiratórios, dos débitos respiratórios e da eficácia da ventilação pulmonar. A broncofibroscopia permite associar técnicas que incluem o lavado brônquico e a biopsia brônquica, assim como a visualização da mobilidade da árvore brônquica, importante para o diagnóstico da situação. A observação da realização destes exames permitiu-me identificar as dificuldades das pessoas durante a realização dos mesmos e,

consequentemente, delinear estratégias de intervenção na preparação das pessoas para a sua realização. Estes exames não requerem internamento, sendo realizados em regime de ambulatório. Ao observar a realização destes exames pretendi identificar as dificuldades das pessoas durante a realização dos mesmos. Nas provas de função respiratória as pessoas não referem dificuldade na sua realização, por outro lado, ao realizar a broncofibroscopia, as pessoas referem algum desconforto, ficando no entanto em condições de regressar ao domicílio, no próprio dia.

É neste contexto que surge a necessidade de implicar a família/cuidador no tratamento da asma, capacitando a pessoa e família para um conhecimento da patologia, dos factores desencadeantes, das medidas de prevenção e de tratamento em situação de crise asmática, de forma a estar preparados para actuar em caso de necessidade. O enfermeiro especialista de reabilitação, segundo OE a “intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família” (2010, p. 1).

Por se tratar de uma doença crónica é imprescindível que, tanto a pessoa como o familiar/cuidador sejam autónomos nos cuidados inerentes à situação de saúde.

Segundo Dias [et al]

“a adesão está intimamente associada à relação dos profissionais de saúde com o doente. Assim sendo, é necessário que os primeiros se preocupem em estabelecer um diálogo proveitoso com os doentes, utilizando para isso uma linguagem clara, tratamento individualizado e personalizado, atendendo às suas necessidades de esclarecimento, tendo em conta o respeito pelas suas capacidades cognitivas, crenças culturais e situação económica” (2011, p. 217).

Os serviços de internamento permitem a aquisição de competências na fase aguda, envolvendo a reabilitação em todas as suas vertentes e o regresso a casa deve ser preparado envolvendo a família e o cuidador.

A preparação do regresso a casa deve ser iniciado no internamento, o mais precocemente possível, pois, como refere Jesus [et al] “a eficácia do plano da alta depende do início do planeamento da mesma, tendo como finalidade rentabilizar os recursos disponíveis, evitar complicações e aumentar a capacidade para o autocuidado” (2005, p. 25 - 26).

Segundo Petronilho

“nos novos tempos, verifica-se também uma crescente renúncia a funções de protecção e de socialização em detrimento do desenvolvimento pessoal dos seus membros.(...) Apesar de todas estas transformações operadas na família, esta ainda continua a ser o principal sistema de suporte das pessoas mais idosas, bem como a principal fonte de manutenção da dignidade destes membros” (2007, p. 29).

No serviço de medicina, a maioria das pessoas com necessidade de reabilitação em enfermagem, que tiveram alta neste serviço, foram viver para instituições (lares). Sempre que foi pertinente, efectuei o ensino à família incentivando a colaboração desta na reabilitação do seu familiar e promovi a continuidade dos cuidados com as Instituições.

É neste contexto que surge o enfermeiro de reabilitação como factor importante para melhorar a qualidade de vida da pessoa. Swanson diz que experienciar o bem-estar é viver o subjectivo, o que se enche de sentido e se torna num todo. O todo implica um sentido de integração e de advir, em que todas as facetas do ser são livres de serem expressadas (1993).

Tanto no domicílio como nas instituições, nos lares, nos hospitais, o enfermeiro de reabilitação tem um papel a desempenhar e é essencial para dar continuidade ao programa de reabilitação. Swanson diz que experienciar o bem-estar é viver o subjectivo, o que se enche de sentido e se torna num todo. O todo implica um sentido de integração e de advir, em que todas as facetas do ser são livres de serem expressadas (1993).

Denota-se no serviço de pneumologia a preocupação no planeamento para a alta, iniciando-o o mais precocemente possível, assegurando-se desde logo em identificar e envolver o suporte familiar/cuidador e as condições e recursos da comunidade. Sempre que foi possível envolvi a família nos cuidados à pessoa, durante o internamento, ensinando/treinando, promovendo a continuidade de cuidados. Para além de enviar uma carta de alta, a EER efectua um contacto telefónico com o EER da comunidade e com o enfermeiro dos cuidados continuados. Tive oportunidade de colaborar neste processo de encaminhamento, tendo sido uma mais valia para a minha aprendizagem no âmbito da minha temática, sendo este processo essencial para assegurar a continuidade dos cuidados.

A EER do serviço de pneumologia está a desenvolver um projecto que articula com o EER da Comunidade, visando a gestão do regime terapêutico da pessoa com DPOC, favorecendo a qualidade de vida no contexto familiar. Neste âmbito a EER efectua visitas domiciliárias, as quais tive oportunidade de acompanhar e participar activamente.

Segundo Augusto [et al]

“para garantir a continuidade de cuidados e a utilização apropriada dos recursos, as equipas de saúde responsáveis pelo referido planeamento, devem identificar o mais cedo possível as necessidades em cuidados após a alta, desenvolvendo com a participação do utente e seus familiares (ou pessoa significativa) planos de cuidados apropriados que minimizem o risco de readmissões ou de complicações, promovendo acções programadas de ensino (informação, demonstração e treino), envolvendo-os desde o início no processo de cuidados” (2005, p. 47 e 48).

O conhecimento da pessoa inserida no seu meio ambiente é fundamental para o programa de reabilitação. A visita domiciliária é considerada no contexto de educação em saúde, como importante para consolidar as práticas adquiridas durante o internamento, para que no domicílio, sejam criadas estratégias para superar as dificuldades existentes, promovendo a qualidade de vida da pessoa e da família/cuidador.

Ao abordar o auto-cuidado e a autonomia Branco e Santos referem que:

“o harmonioso regresso a casa, só é possível se a pessoa for implicada, com toda a legitimidade, como parceira activa no processo de cuidados. Desta forma, as necessidades são ditadas por quem as sente, vive e expressa, sendo também quem por direito próprio, dita as intervenções de enfermagem, estas com o objectivo de reabilitar” (2010, p. 110).

A visita domiciliária é um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de cuidados, devendo ser acordada e programada com a pessoa e familiar/cuidador. Segundo a OE (2009) citando o Artigo 84º refere que se deve “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”.

Ao obter o consentimento da pessoa para efectuar a visita domiciliária, o enfermeiro entra na casa da pessoa, tendo oportunidade de identificar problemas que, muitas vezes não são perceptíveis ou verbalizados. É um momento e uma situação em que os profissionais devem ter especial atenção, pois os princípios éticos, de respeito pela dignidade, privacidade e auto determinação têm de ser preservados.

Segundo Renaud

“o encontro é deste modo um «ir-ao-encontro». O que implica um dinamismo, um movimento de saída imanente, uma disponibilidade que exige uma espécie de treino ético. (...) Mas quem o assume é também uma pessoa com os seus problemas, talvez problemas físicos, psicológicos, familiares ou profissionais, Quem então irá dar o primeiro passo para proporcionar as condições de um verdadeiro encontro? É aqui que se apresenta em toda a sua dimensão ética o cuidado de enfermagem. (...) Mesmo sem saber, o doente espera do cuidado de enfermagem um acompanhamento não apenas técnico, mas ético” (2010. p. 4).

A pessoa é o centro para o qual a equipa multidisciplinar direcciona as atenções, mas é também a pessoa que determina os resultados finais e gere o seu projecto de saúde. Devemos ter sempre presente, tal como refere Branco e Santos, que “os cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, o exercício profissional do enfermeiro especialista em reabilitação requer sensibilidade para lidar com a diferença” (2010, p. 111).

A reabilitação é um processo dinâmico, e o EER tem de adaptar as intervenções à pessoa e cada pessoa é uma pessoa; como refere Swanson as pessoas são seres únicos.

É, também, importante saber as necessidades das famílias/cuidador, segundo Petronilho importa “tentar compreender de que forma é que a família e, particularmente, o seu membro cuidador desenvolve estratégias de *coping* face à situação de crise que decorre da doença, súbita ou prolongada, de um dos seus elementos” (2007, p. 33).

Actualmente as famílias estão a mudar, e os papéis dos seus elementos estão a alterar-se, devido às mudanças sociais, mas continua a ser no contexto familiar que se transmitem as aprendizagens da nossa cultura, proporcionando um crescimento harmonioso dos seus elementos. É junto da família que a pessoa procura conforto e amparo.

Para Fazenda

”a família mantém duas finalidades fundamentais, uma interna: desenvolvimento psicossocial dos seus membros, outra externa: a transmissão da cultura. Pela sua capacidade de adaptação a contextos diferentes, assumindo formas muito diversas, e ao mesmo tempo de manter a continuidade, a família continua a mostrar competências para

fazer face a essas duas tarefas, numa sociedade em rápida transformação como é a nossa” (2005, p. 4).

Os ensinamentos clínicos que efectuei permitiram-me desenvolver competências na área da enfermagem de reabilitação, promovendo a transferência/aplicação da teoria na prática.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tendência de aumento do número de pessoas com asma é preocupante, constituindo um problema de saúde pública, e um motivo de internamento hospitalar, causando sofrimento a vários níveis, que é extensivo aos familiares/cuidadores e aos grupos de pertença da pessoa, tendo reflexos na sua actividade normal e, portanto na sua qualidade de vida. Torna-se então fundamental melhorar a eficácia e a eficiência da prestação de cuidados de saúde à pessoa com asma, de forma a melhorar as capacidades de autocontrolo da sua patologia. O investimento no autocontrolo da asma, paralelamente aos esforços que se desenvolvem a nível epidemiológico, técnico e nos processos de prevenção, diagnóstico e terapêutica, são importantes. (DGS, 2000).

É neste contexto que surge a temática desenvolvida neste trabalho, onde se encontra exposto o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências visando o tema do projecto e as competências do EER preconizadas pela OE.

A concepção e realização deste projecto, que culminou com a elaboração deste relatório foi um grande desafio e constituiu uma experiência de formação muito enriquecedora para o meu percurso pessoal e profissional.

A formação é fundamental, para mudar as atitudes e transformar os comportamentos pois, como afirma Watson, “assim como a mente é inseparável do corpo, as actividades escolares de enfermagem não devem ser divorciadas da sua prática clínica” (2002, p. 51).

Aprofundar os conhecimentos em qualquer área do conhecimento é fundamental, pois permite assegurar que, como profissionais, cumprimos o dever de assegurar cuidados de qualidade às pessoas de quem cuidamos. A enfermagem de reabilitação é uma área em que o enfermeiro actua e põe em prática os seus saberes para ajudar o outro a explorar o seu potencial, com vista à máxima independência possível, tendo em conta a situação.

Para Hesbeen

“as múltiplas características da reabilitação fazem com que a arte de cuidar, em geral, e a arte de enfermagem, em particular, encontrem nela um contexto especialmente propício para se desenvolver e se afirmar. A reabilitação oferece-nos, assim, a oportunidade de trabalhar por uma verdadeira renovação de todos os modelos de práticas de cuidados” (2003, p.136).

O EER dispõe de conhecimentos e de competências de enfermagem, no domínio da reabilitação. Benner (2001) descreve as características e os comportamentos em cada nível de desenvolvimento e identifica em termos gerais as necessidades em matéria de ensino/aprendizagem. De acordo com estes níveis, que vão de iniciado a perito, o enfermeiro especialista, considerado como perito, tem de compreender de maneira intuitiva cada situação e apreender directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis.

A reflexão sobre a minha prática, a pesquisa bibliográfica e em bases de dados científicas e a experiência vivenciada nos ensinamentos clínicos permitiu-me confirmar que os internamentos por crise de asma são uma realidade, reflectindo-se a nível pessoal e familiar todos os problemas de se viver com uma doença crónica. Nas visitas domiciliárias que efectuei, apercebi-me das dificuldades sentidas pelas pessoas com asma e pelos seus familiares/cuidadores, na gestão da sua patologia.

O contacto com esta realidade em conjunto com os dados resultantes da pesquisa efectuada permitiram-me identificar indicadores e estratégias de intervenção para a implementação do programa de intervenção de enfermagem de reabilitação na consulta.

Assim, pretendo promover o bem-estar da pessoa com asma, assegurando um melhor conhecimento e autocontrolo da patologia, promovendo a adesão ao regime terapêutico, o que indubitavelmente vai melhorar a qualidade de vida e permitir a obtenção de ganhos em saúde. Podendo esta patologia interferir na dinâmica da família/cuidador, e sendo uma situação crónica, é preponderante o envolvimento desta no tratamento.

É neste âmbito que se enquadra o meu projecto de intervenção de enfermagem de reabilitação à pessoa com asma e família/cuidador, na consulta externa. Sendo um longo caminho a percorrer, sujeito a várias etapas, uma das quais é a implementação do projecto que elaborei (Apêndice VIII). Defino a população alvo, a finalidade e objectivos, o campo de aplicação e as estratégias de intervenção, bem como os mecanismos de controlo/avaliação das intervenções, como elementos reguladores da eficácia e eficiência do projecto.

Ainda neste contexto elaborei o instrumento de avaliação de enfermagem de reabilitação à pessoa com asma, (Apêndice IX). Este permite registar a colheita de dados, efectuar o diagnóstico de Enfermagem e definir as intervenções utilizando a linguagem CIPE, já que

esta é uma linguagem que está a ser implementada na Instituição que exerço funções, através do programa Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).

Na fase de concepção do projecto realizei reuniões informais e formais com a Enfermeira Chefe da consulta externa, com o Director do serviço de pneumologia, com a colega que também irá implementar a referida consulta e com os médicos. Todos eles manifestaram interesse e realçaram a pertinência da implementação deste projecto. Posteriormente para dar cumprimento a um requisito legal e oficializar o pedido foi necessário um requerimento escrito à Administração da minha Instituição. (Apêndice X) O projecto foi autorizado pela Enfermeira Chefe das Consultas Externas, pelo Enfermeiro Director e pelo Presidente do Conselho de Administração. O cronograma para a implementação do projecto ainda não está definido, mas sê-lo-á após o término deste relatório e de acordo com a Enfermeira Chefe da Consulta Externa.

Ambiciono que este projecto seja uma mais valia para a pessoa com asma e seus familiares/cuidadores, porque actualmente a nível de consulta externa estas pessoas não tem qualquer apoio e orientação de enfermagem de reabilitação.

Considero adequadas as palavras de Hesbeen quando diz que “a reabilitação presta, assim, grandes serviços à vida; é sua missão dar mais vida ao tempo que passa” (2003, p. 54). Este é um objectivo que desejo alcançar ao longo dos próximos anos de trabalho com as pessoas que necessitam de intervenções de enfermagem de reabilitação.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, A. C. [et al] (2005, Setembro). Transição do Doente Dependente para a Família. *Sinais Vitais*, pp. 26 - 31.
- Almeida, A., Bugalho, A; Gomes, M, J, (2010). *Atlas de Pneumologia*. 2º (35), pp. 1113 - 1137.
- Almeida, M. M, Gaspar, A. (2002, Julho/Dezembro) Alergia, asma e desporto – mesa redonda. Asma no jovem desportista: Avaliação no laboratório de função respiratória. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, pp 178 – 186.
- Álvares, Emília (2006). *Doenças respiratórias – Manual prático*, Lidel. Lisboa-Porto.
- Amendoeira, José (2000, Julho/Agosto). Cuidado de Enfermagem – Intenção ou acção – O que pensam os estudantes? *Nursing*. Recuperado em 27 de Março de 2012, do <http://184.182.233.150/rid=1HVNTRWWM-4W3L6W-1P99/CUIDADO%20ENFERMAGEM.pdf>
- Andrade, Lúcia F. S. (2009, Abril/Junho). Enfermagem e a Dignidade Humana. *Cogitare Enferm* 14 (2). pp. 388 – 391.
- Augusto, B. M. J. [et al] (2005, Dezembro). *Cuidados Continuados – Família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar*. Coimbra. Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- American Psychological Association (APA). (2001). *Publication Manual of the American Psychological*. (5th ed.). Washington, DC: Author
- Baptista, Rui Carlos Negrão (2003, Maio.). Avaliação do doente com alteração do estado de consciência – Escala de Glasgow. *Revista*, 10, pp. 77 – 80.
- Benner, Patrícia (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Branco, T., Santos, R. (2010, Junho). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra. Formasau – Formação e Saúde, Lda.

-
- Cabral, M. V, Silva, P. A. (2010). *A Adesão à Terapêutica em Portugal: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa Perante as Prescrições Médicas*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Portugal.
 - Catela, A. I. (2010). Viver a Adesão ao Regime Terapêutico – Experiências Vividas do Doente Submetido a Transplante Cardíaco. *Pensar Enfermagem*, Vol. 14, nº 2, 2º semestre. pp. 39 – 54.
 - Cardoso, I. M. C. (2009). *Factores Motivadores do abandono da avaliação e registo sistematizado do 5º sinal vital*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal.
 - CIPE - International Council of Nurses (2002, Outubro). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE / ICNP*. Versão Beta 2, Associação Portuguesa de Enfermeiros.
 - Collière, Marie – Françoise (1989). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e SEP.
 - Correia, C., Teixeira, R. e Marques, S. (2005). A FAMÍLIA DO DOENTE DEPENDENTE. *Servir*, 53, 3: 126-131.
 - Costa, M. F (1990). *Pneumologia na Prática Clínica*. (3º vol), Clínica de doenças Pulmonares, Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Investigação, Lisboa, Portugal.
 - Delgado, A. B; Lima; M. L. (2001). Contributo para a avaliação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doença*, Departamento de Psicologia Social e das organizações, ISCTE 2 (2), pp. 81 – 100.
 - DGS. (2000). *Programa Nacional de Controlo da Asma*. Lisboa: Ministério da Saúde.
 - DGS. (2001). *Manual de Boas Práticas na Asma – Programa Nacional de Controlo Asma*. Lisboa: Ministério da Saúde.
 - Dias, A. M; [et al] (2011). Adesão ao Regime Terapêutico na doença crónica: *Revisão da Literatura*. Millenium, 40: pp. 201 – 219.
-

- ESEL (2011). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Bibliografias e Citações*. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Centro de documentação. Lisboa, Portugal.
- Fazenda, Isabel (2005, Outubro). Família, coesão e diferenciação. Lisboa, *Integra*, 23. Instituto do Emprego e Formação Profissional, pp. 3 – 8.
- Ferreira, M. B. [et al] (2008). Controlo da asma em consulta de Imunoalergologia. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 16 (1). pp 29 – 56.
- Ferreira, M. M. C. (2004, Outubro). *Formar Melhor para um Melhor Cuidar*. Instituto Politécnico de Viseu, serie nº 30, Viseu, Portugal, pp. 123 – 137. Recuperado em 27 de Março de 2012, do
<http://www.ipv.pt/millennium/millennium30/10.pdf>
- Fonte, M. Pereira, A. Calvo, T. Quaresma, M. (2008). Hiperreactividade brônquica em crianças asmáticas referenciadas à consulta de pediatria. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 16 (2). pp 175 – 190.
- Fricker, J. (2005). Breathe easy. *Nursing Standard*, 20 (7), pp 26 – 28. Retrieved from EBSCOhost. Recuperado em 30 de Abril de 2011, do
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009072358&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Fundação Portuguesa do Pulmão (2010). *Saúde respiratória em Portugal*. Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, ONDR.
- Fundação Portuguesa do Pulmão (2011). *Desafios e oportunidades em tempos de crise*. Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, ONDR.
- Gândara, Maria Manuela (1997). O conceito de pessoa – Um breve trajecto filosófico. *Servir*, 45 (5), pp. 226 – 228.
- Garcia, T. R; Nóbrega, M, M, L: (2009, Janeiro/Março). Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Ver Enferm*, 13 (1), pp. 188 – 193.

-
- Gaspar, A., Almeida, M. M., Nunes, C. (2006). Epidemiologia da asma grave. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 14 (Supl 2). pp 27 – 41.
 - Global Initiative for Asthma (GINA, 2003). Guia de Bolso para o manejo e a Prevenção da Asma. Brazilian. Recuperado em 22 de Maio de 2012, do <http://www.ginasthma.org/uploads/users/files/GINAPocket2003Port.pdf>
 - Global Initiative for Asthma (GINA, 2012). Recuperado em 03 de Maio de 2012, do <http://www.ginasthma.org/>
 - Glashan, R. Q., Diccini, S. (1997, Maio/Agosto). Assistência de Enfermagem Domiciliar à Criança Asmática. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, 10 (2), pp. 62 – 68.
 - Gouveia, Bruna R. F: O (2008, Setembro). *Fundamentação ética da humanização dos cuidados ao utente idoso em ambulatório*. Dissertação de mestrado em filosofia, Especialização em Bioética. Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Braga. Faculdade Filosofia, Braga, Portugal.
 - Haines, E., & Clarke, S. (2009). Toward symptom-free management of asthma [corrected] [published erratum appears in PRACT NURS 2009 Jun; 20 (6):309]. *Practice Nursing*, 20 (5), 228 – 231. Retrieved from EBSCOhost. Recuperado em 30 de Abril de 2011 do <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010314724&lang=pt-br&site=ehost-live>
 - Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
 - Hoeman, Shirley P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. (2ª ed.) Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas.
 - Holgate, Stephen T, Douglas, Jo; (2010). *Fast Facts: Asma*. 3ª ed. Algés: Euromédice, Edições Médicas, Lda.
 - Holohan, J. (2008). Support and partnership in asthma. *World of Irish Nursing & Midwifery*, 16(1), 41-42., Retrieved from EBSCOhost. Recuperado em 30 de Abril de 2011 do
-

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009771885&lang=pt-br&site=ehost-live>.

- Huang, T., Li, Y., & Wang, C. (2009). Individualized programme to promote self-care among older adults with asthma: randomized controlled trial. *Journal Of Advanced Nursing*, 65(2), 348-358., Retrieved from EBSCOhost. Recuperado em 30 de Abril de 2011 do <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19040689&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Jesus, C. S; [et al] (2005, Março). Alta clínica e continuidade de cuidados no domicílio. *Sinais Vitais*. Coimbra, 59, pp. 25 - 28.
- Jones, M. (2008). Asthma self-management patient education. including discussion with Stoloff SW, Sorkness, Enright, and Myers TR. *Respiratory Care*, 53(6), 778-786. Retrieved from EBSCOhost. Recuperado em 30 de Abril de 2011 do <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009945645&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Kubler-Ross, Elisabeth (1998). *Sobre a Morte e o Morrer*. (tradução de Paulo Menezes) – 8ª ed., São Paulo. Martins Fontes. ISBN 85-336-0963-9.
- Lawlor, M. (2006). Symptoms can be controlled. *World of Irish Nursing & Midwifery*, 14(7), 31-32. Retrieved from EBSCOhost. Recuperado em 30 de Abril de 2011 do <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009238364&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Leite, V. B. E; Faro, A. C. M. (2005). O Cuidar do Enfermeiro Especialista em Reabilitação físico-motora. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo. 39 (1). pp. 92 – 96.
- Lopes; I., Delgado, L., Ferreira, P. L. (2008). Asma brônquica pediátrica. Conhecimento do doente e família. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 16 (3). pp 241 – 262.
- Lourenço, R.A; Veras, R. P. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: Características Psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Publica*. Rio de Janeiro. 40 (4). pp. 712 – 719.

-
- Macedo, A. P. (2010). *O ensino em alternância Escola de Enfermagem e hospital: tensões e possibilidades reveladas por um grupo de alunos estagiários*. Instituto de Educação. Centro de Investigação em Educação, Universidade do Minho. Universidade do Minho. Portugal. Recuperado em 1 de Abril de 2012 do <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/13520>
 - Machado, M. M. P. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico. Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Tese Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Portugal.
 - Martinez, J.A.B; Padua; A.I; Filho J.T. (2004, Julho/Dezembro). *Dispneia*. Medicina, Ribeirão Preto; Simpósio: Semiologia, 37, pp. 199 – 207.
 - Masoli, M., Fabian, D. Holt, S., Beasley, R., for the Global Initiative for Asthma (GINA) Program. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. *Allergy* 2004; 59: pp. 469 – 478.
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=456c8793-3d9f-41e1-8d80-6cb9dd50015f%40sessionmgr113&vid=2&hid=108>
 - Matos, Ana P. S; Machado, Ana C.C. (2007, Abril/Junho). Influência das variáveis Biopsicossociais na Qualidade de Vida em Asmáticos. Coimbra, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2 (23), pp. 139 – 148. Recuperado em 22 de Março de 2012 do <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/13029/1/Influ%c3%aancia%20da%20vari%c3%a1veis%20biopsicossociais.pdf>
 - Menoita, E., [et al] (2012). *REABILITAR A PESSOA IDOSA COM AVC: Contributos Para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.
 - Nunes, C., Ladeira, s. (2001, Outubro/Dezembro). Asma, da infância à idade adulta – Estudo prospectivo longitudinal de uma coorte de asmáticos durante 20 anos. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 09 (3). pp. 209 – 220.
 - Ordem dos Enfermeiros - Divulgar (2001, Dezembro) *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. Lisboa. Conselho de Enfermagem.
-

- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico dos Enfermeiros*, Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Recuperado em 17 de Abril de 2012, do <https://www.google.pt/search?aq=f&sourceid=chrome&ie=UTF8&q=codigo+deontologico+dos+enfermeiros>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Pestana, Helena C. F. C (2008, Março). *A auto-Eficácia na Asma – Papel da comunicação entre os doentes e os profissionais de Saúde*. Tese de mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Business School
- Petronilho, Fernando (2007, Dezembro). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra. Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Renaud, I. C. R (2010, 1º semestre). O cuidado em Enfermagem. *Pensar em Enfermagem*. 14 (1). pp. 2 – 8.
- Teive, H.A.G; Zonta, M; Kumagai, Y. (1998). Tratamento da espasticidade uma atualização. *Arq Neuropsiquiatr*, 56 (4). pp. 852 – 858.
- Serra, M. N. (2008, Janeiro/Abril). Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem. *sisifo / revista de ciências da educação*. 5. pp 69 – 80. Recuperado em 01 de Abril de 2012 do <http://sisifo.fpce.ul.pt/pdfs/Sisifo05MiguelSerra.pdf>
- Silva, D. M.; Silva, E. M. V. B. (2004, Outubro). *Ensino Clínico na Formação em Enfermagem*. Instituto Politécnico de Viseu, serie nº 30, Viseu, Portugal, pp. 103 – 118. Recuperado em 25 de Março de 2012 do <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/8.pdf>
- Silva, M. S. N. (2010). *O acesso aos cuidados de enfermagem após a alta hospitalar: uma análise do impacto de partilha de informação*. Tese de mestrado

em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, Portugal. Recuperado em 25 de Março de 2012 do

<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26619/2/Tese%2026Ago2010pdf.pdf>

- Sousa, Fábio (2009, Abril). Os Enfermeiros E... O Empowerment em Saúde... Responsabilidade e Saúde: entre o direito e o dever. *OE Secção Regional da Região Autónoma dos Açores*. Recuperado em 10 de Maio de 2012 do <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- Swanson, Kristen (1991, May/June). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing research*, 3(40), pp 161-166.
Traduzido por: Alice dos Mártires, assistente do 2º triénio da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, mestranda em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.
Revisão de: Marta Lima Bastos, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende. pp. 1 – 22
- Swanson, Kristen (1993). Nursing as informed caring for the Well-Being of others. Image; *Journal of Nursing Scholarship*, 4 (25), pp 352-357.
- Swanson, Kristen (1998). Caring made visible, *Creative Health Care Management*. pp 1 – 18. Recuperado em 15 de Maio de 2012 do https://ccm.unc.edu/ccm/groups/public/@nursing/documents/content/ccm3_032551.pdf
- Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC, 2012). Recuperado em 07 de Maio de 2012 do <http://www.spaic.pt>
- Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP, 2011). Recuperado em 15 de Maio de 2011 do <http://www.sppneumologia.pt/textos/?imc=51n76n.->
- Sousa, M. R. G, Landeiro, M. J. L, Pires, R, Santos, C. (2011, Julho). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referencia*, III série, nº4, pp 151 – 160.

- Thelan, L. A, Davie, J. K, Urden, L. D. (1993). *Enfermagem em cuidados intensivos – Diagnostico e intervenção*. Lisboa, Lusodidacta.
- Todo-Bom, A., Pinto, A. M. (2006). Fisiopatologia da asma grave. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 14 (Supl 2). pp 43 – 48.
- Watson, Jean (2002). *ENFERMAGEM: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Loures, Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda.
- WHO (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. WHO, Section I, pp 17 – 28.
- WHO (2008). *The Global Burden of Disease: 2004 update*. WHO, Geneva, Switzerland. Recuperado em 07 de Maio de 2012 do http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
- WHO (2012). Asthma. Recuperado em 28 de Abril de 2012 do <http://www.who.int/respiratory/asthma/en/>

APÊNDICES

APÊNDICES I

Visita Serviço de Medicina

PLANO DA VISITA

OBJECTIVOS	<ul style="list-style-type: none">• Conhecer o serviço e o Enfermeiro Especialista de Reabilitação;
	<ul style="list-style-type: none">• Identificar o trabalho desenvolvido pelo Enfermeiro Especialista de Reabilitação;
	<ul style="list-style-type: none">• Identificar as patologias mais frequentes e a incidência no serviço de pessoas com asma;
LOCAL	Serviço de Medicina de um Hospital Central
CONTACTO TELEFONICO	02 de Maio 2011 – Enfermeira Chefe
DATA VISITA	12 de Maio de 2011 às 14h

SERVIÇO DE MEDICINA

No âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, o qual visa o desenvolvimento de competências na área de enfermagem de reabilitação, contactei a Enfermeira Chefe do serviço de medicina e marquei uma reunião que se realizou a 12 de Maio de 2011.

Esta reunião realizou-se no serviço e, teve o objectivo de conhecer o mesmo e de verificar se reúne as condições que satisfaçam as necessidades de operacionalizar estratégias e actividades necessárias à realização do meu estágio clínico.

O Serviço de **Medicina** pertence a um Hospital Central, e está localizado num piso com mais três serviços de Medicina em que o Director do serviço é o mesmo médico.

Os serviços têm uma Enfermeira Chefe, equipa de enfermagem, equipa de assistentes operacionais e equipa médica fixas em cada um. A lotação é de 21 camas e mais 10 macas e está distribuído por 5 salas e dois quartos; 4 salas de 4 camas e uma sala de 3 camas, os dois quartos são individuais e as macas permanecem nos corredores.

O serviço é misto e tem uma taxa de ocupação média entre os 80% e os 90%, com uma média de idades elevada, acima dos 70 anos. As patologias são diversas e vão desde doenças respiratórias (pneumonias, derrames pleurais, infecções respiratórias e asma), a doenças cardíacas, oncológicas e cerebrovasculares entre outras.

A Enfermeira Especialista de Reabilitação assume a enfermagem de reabilitação do serviço e apoia a Enfermeira Chefe na coordenação.

Segundo a Enfermeira Chefe, este serviço é considerado uma extensão da urgência, sendo a demora média de internamentos elevada, mas tanto a taxa de mortalidade como os reinternamentos apresentam valores baixos.

A Enfermeira Chefe proporcionou-me uma visita guiada ao serviço, apresentando-me à Enfermeira Especialista, aos elementos da equipa que se encontravam presentes e a alguns utentes.

Mostrou disponibilidade em receber-me para a realização do estágio e eu considero que o serviço reúne as condições necessárias para adquirir e desenvolver competências de enfermagem de reabilitação.

APÊNDICES II

Visita Serviço de Pneumologia

PLANO DA VISITA

OBJECTIVOS	<ul style="list-style-type: none">• Conhecer o serviço e o Enfermeiro Especialista de Reabilitação;
	<ul style="list-style-type: none">• Identificar o trabalho desenvolvido pelo Enfermeiro Especialista de Reabilitação;
	<ul style="list-style-type: none">• Identificar as patologias mais frequentes e a incidência no serviço de pessoas com asma;
LOCAL	Serviço de Pneumologia de um Hospital Distrital
CONTACTO TELEFONICO	28 de Abril 2011 – Enfermeira Chefe
DATA VISITA	04 de Maio de 2011 às 11h

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

No âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), o qual visa o desenvolvimento de competências na área de enfermagem de reabilitação, contactei a Enfermeira Chefe do serviço de pneumologia e marquei uma reunião que se realizou a 04 de Maio de 2011, no referido serviço.

Esta reunião teve o objectivo de conhecer o serviço e de verificar se o mesmo reúne condições que permitam operacionalizar estratégias e actividades necessárias à realização do meu estágio clínico.

O Serviço de **Pneumologia** pertence a um Hospital Distrital, com forte tradição no tratamento de pessoas do foro pneumológico, sendo o Director do Serviço Pneumologista.

O serviço tem lotação de 18 camas e 2 quartos individuais que são usados também para isolamento.

O doente chega ao serviço enviado pela urgência e por vezes pela consulta, têm como diagnóstico principal uma patologia respiratória, associada por vezes a outras patologias; as mais frequentes são: DPOC; asma; pneumonias; derrames pleurais e neoplasias. Por vezes também têm associadas patologias do foro cardíaco e neurológico.

A média de idades é superior a 65 anos.

A EER proporcionou-me uma visita guiada ao serviço, apresentando-me aos elementos da equipa que se encontravam presentes.

A EER está a desenvolver um projecto que articula com o EER da Comunidade, visando a gestão do regime terapêutico da pessoa com DPOC, envolvendo os familiares/cuidadores e, favorecendo a qualidade de vida no contexto familiar. Além deste projecto assume a coordenação do serviço na ausência da Enfermeira Chefe.

No âmbito do projecto, realiza visitas domiciliárias, a pessoas com DPOC que estiveram internadas, com o objectivo de avaliar a situação e a intervenção do enfermeiro. É importante perceber a forma como a pessoa gere o seu processo de saúde/doença em

casa e, estas visitas, reforçam a formação/informação adquirida durante o internamento, e visam a reintegração social e não o isolamento que acontece com frequência, devido à incapacidade respiratória.

A EER mostrou disponibilidade em receber-me para a realização do estágio e eu considero que o serviço tem as condições necessárias, que favorecem a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermagem de reabilitação.

APÊNDICES III

Cronograma da Prática Clínica

UNIDADE CURRICULAR OPÇÃO II

CRONOGRAMA DA PRÁTICA CLÍNICA – 2011 / 2012

Dias \ Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Outubro																															
Novembro																															
Dezembro																															
Janeiro																															
Fevereiro																															
Março																															

Fim – de – Semana

Serviço de Pneumologia

Feriado

Estágio de observação serviço de broncologia e das provas de função respiratória

Férias

Estágio de observação com EER da Pneumologia

Serviço de Medicina

Elaboração e apresentação do relatório

APÊNDICES IV

Competências, Objectivos e Actividades

COMPETÊNCIAS	OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ESTRATÉGIAS / ACTIVIDADES	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>A – Prática profissional, ética e legal</p> <p>A2 – Prática segundo a ética</p>	<p>Identificar a dinâmica funcional e a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, referente aos serviços de Medicina, do [] e de Pneumologia, [].</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniões informais e conversas com a Enfermeira Chefe, a Enfermeira Especialista de Reabilitação e restante equipa de Enfermagem; - Consulta de documentos, manuais e protocolos disponíveis no serviço; - Observação da equipa multidisciplinar nas actividades diárias efectuadas no serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recolhe informação das reuniões formais e informais, sobre o funcionamento do serviço - Descreve os documentos existentes no serviço, disponíveis para consulta; - Descreve a receptividade da equipa multidisciplinar aos alunos de enfermagem de reabilitação;
<p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania</p> <p>J3 – Maximiza a Funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p>	<p>Aprofundar conhecimentos de enfermagem de reabilitação à pessoa com asma e familiar/cuidador</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa Bibliográfica e em bases de dados informáticas - Entrevista com a Enfermeira especialista de reabilitação que está a desenvolver um projecto sobre a gestão do regime terapêutico da pessoa com DPOC, no []/ de forma a articular os projectos; - Identificação da magnitude e relevância da temática; - Selecção de artigos relacionados com a temática; - Consulta de protocolos de articulação do [] com parceiros da comunidade - Observação do desempenho dos Enfermeiros especialistas de reabilitação em diferentes contextos 	<p>Identifica os casos de asma e internamentos no []</p> <ul style="list-style-type: none"> - Articula o seu projecto com os projectos relacionados existentes na instituição; - Fundamenta a importância do projecto; - Descreve os factores desencadeantes da asma e forma de prevenção; - Descreve as problemáticas mais frequentes relacionadas com a patologia; - Descreve o papel e funções do enfermeiro especialista na problemática em estudo;

COMPETÊNCIAS	OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ESTRATÉGIAS / ACTIVIDADES	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>J1-Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania</p>	<p>Identificar o protocolo e encaminhamento, existente nos serviços de Medicina e Pneumologia, para as pessoas e família que necessitam de instituições de apoio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observação do desempenho do enfermeiro especialista e restante equipa na preparação da alta; -Realização de ensinios para reeducar as funções a nível motor, cardio-respiratorio, alimentação, eliminação, sexualidade e terapêutica, especifica à pessoa/família; - Consulta dos protocolos existentes entre o serviço/instituição com outras instituições; - Colaboração no processo de preparação da alta do utente; -Envolvimento/Responsabilização, sempre que possível, da pessoa e família no processo de recuperação e adaptação à sua situação; 	<ul style="list-style-type: none"> - Descreve os protocolos/documentos existentes no serviço; - Promove a articulação com outras instituições; - Orienta e envolve/ responsabiliza a pessoa e família no processo de recuperação e readaptação, sempre que necessário;

COMPETÊNCIAS	OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ESTRATÉGIAS / ACTIVIDADES	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
J1-Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados	Identificar as problemáticas/necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação da pessoa com asma e seu familiar/cuidador	<ul style="list-style-type: none"> - Colheita de dados - Aplicação de escalas de avaliação - Elaboração de planos de cuidados a todos os utentes a quem presta cuidados - Prestação de cuidados de ER à pessoa como um todo 	<ul style="list-style-type: none"> - Efectua técnicas de RFR, segundo orientação de EER; - Realiza plano de actividades de enfermagem à pessoa com asma; - Promove reuniões informais com EER;
J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania	Identificar os principais problemas e dificuldades no apoio domiciliário, efectuado pela enfermeira especialista de reabilitação, do serviço de Pneumologia.	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento da EER no apoio domiciliário; - Observação da sua intervenção junto à pessoa e família, direccionado para utente com DPOC; - Identificação da interligação existente entre o Centro Hospitalar e o Centro de Saúde de [REDACTED], neste âmbito; 	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanha o EER na visita domiciliária; - Descreve a intervenção do EER, a receptividade da pessoa e família, a interligação entre o hospital e o CS, os registos efectuados e a comunicação com a equipa multidisciplinar;

COMPETÊNCIAS	OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ESTRATÉGIAS / ACTIVIDADES	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
J3- Maximiza a Funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	Identificar as dificuldades das pessoas ao realizar exames complementares de diagnóstico, do foro respiratório, nomeadamente, provas de função respiratória e exames do serviço de broncologia, do <input data-bbox="891 746 981 778" type="text"/>	<ul style="list-style-type: none"> - Estágio de observação junto dos técnicos que realizam as provas de função respiratória; - Estágio de observação junto do médico e enfermeira que realizam os exames no serviço de broncologia; - Dificuldades sentidas pelas pessoas para colaborar nos exames; 	<ul style="list-style-type: none"> - Percebe a dinâmica dos serviços; - Descreve os respectivos serviços e as dificuldades sentidas pelas pessoas;

APÊNDICES V

Formação

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA

Enfermeira cooperante: C

Alunos de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação:

Ana Cristina Machado

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA



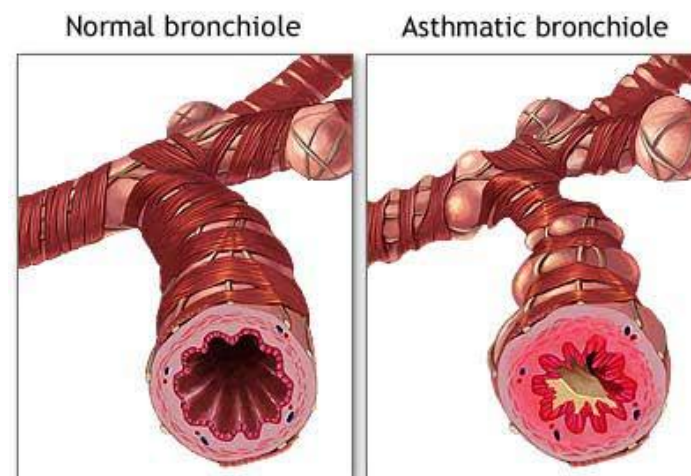
OBJETIVOS

- Dar a conhecer intervenções de enfermagem na pessoa asmática com ansiedade.
- Transmitir conhecimentos sobre a técnica de relaxamento para controlo de dispneia.

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA



Asma “Doença inflamatória crónica das vias aéreas. (...) A inflamação crónica conduz a uma hiperactividade das vias aéreas com episódios recorrentes de pieira, tosse e dificuldade respiratória. Limitação generalizada, variável e frequentemente reversível do fluxo das vias aéreas.



(Almeida; Bugalho; Gomes, 2010, p. 1113)

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA



Suspeita-se do diagnóstico de asma em presença de história de:

- Tosse com predomínio noturno;
- Pieira recorrente;
- Dificuldade respiratória recorrente;
- Aperto torácico recorrente;
- Eczema, rinite alérgica ou história familiar de asma, ou de doença atópica, estão frequentemente associados a asma.

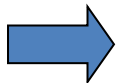
(DGS, 2000, p. 16)

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA

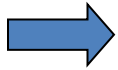


Fatores desencadeantes:

- Exercício físico;
- Infecção viral;
- Animais com pêlo;
- Exposição prolongada aos ácaros do pó doméstico, existentes principalmente em colchões, almofadas e carpetes;
- Fumo, principalmente de tabaco e de lenha;



TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA



- Pólen;
- Alterações de temperatura do ar;
- Emoções fortes, principalmente quando desencadeiam riso ou choro;
- Produtos químicos inaláveis;
- Fármacos, principalmente ácido acetilsalicílico e beta-bloqueantes.

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA

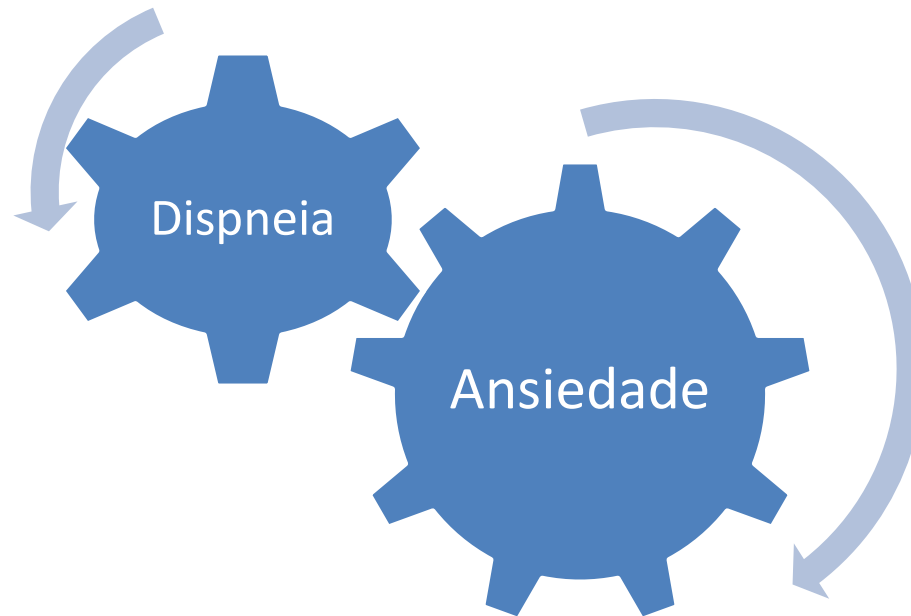


CRISE ASMÁTICA

Objectivos da intervenção de enfermagem

- Aliviar o broncospasmo
- Controlar a respiração
- Diminuir a ansiedade

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA



TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA



Em situação de dispneia (EM Borg \geq 5):

- Sentar-se com cabeça apoiada, ombros relaxados, braços pendentes, descontraídos, almofada debaixo dos membros inferiores, pés apoiados ligeiramente afastados.
- Fazer a dissociação dos tempos respiratórios com inspiração lenta pelo nariz e expiração pela boca com lábios semi-cerrados.
- Não inspirar profundamente apesar de sentir necessidade de o fazer.

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA



A respiração abdominal activa o sistema nervoso parassimpático e promove o relaxamento.

A respiração torácica activa o sistema simpático, prepara o corpo para uma reacção de “fuga ou luta”. Armazena oxigénio extra no corpo e causa excitação/medo.

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA



Dispneia (EM Borg<5)

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA



Orientações gerais para indução de relaxamento

- Escolher a hora do dia que lhe parece mais adequada ao relaxamento.



TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA



Selecione um ambiente calmo, pouco iluminado e com pouca distração. Música suave, certos arranjos instrumentais de música clássica ou sons ambientais, como a chuva a cair.



TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRONQUICA



- Assuma uma posição confortável.
- Imagine-se num ambiente calmo e tranquilo (paisagem, mar, etc.).



TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA



- Desaperte a roupa e descalce os sapatos;
- Quando estiver preparado, feche os olhos e realize várias inspirações profundas e lentas, expirando com os lábios semi-cerrados;



TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA



Técnica de relaxamento muscular

- Consiste na sequência tensão-relaxamento de cada grupo muscular e é repetida até conseguir um relaxamento em questão, igual ao relaxamento das partes já relaxadas.
- Praticar os exercícios durante 10 a 20 minutos de 4 em 4 horas.

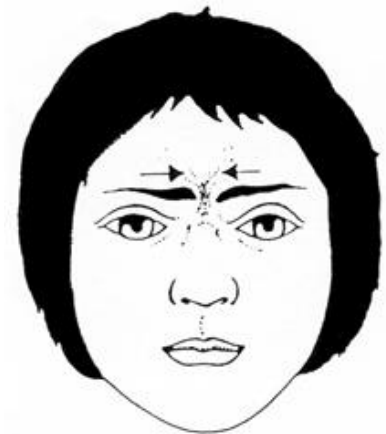
(Hoeman, 2000)

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA



FACE

Feche os olhos com firmeza, franza as sobrancelhas. Mantenha os músculos contraídos durante 5 segundos e relaxe.



TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA



Pescoço

- Flita o pescoço até tocar com o queixo no tórax, durante 3 segundos e depois relaxe;
- Incline a cabeça para a direita 3 segundos e relaxe;
- Incline a cabeça para a esquerda 3 segundos e relaxe;

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA



Ombro

- Eleve exageradamente os ombros e contraia os músculos;

Mantenha durante 3 segundos e relaxe;

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA



Tronco

- Antes de contrair os músculos, faça lentamente uma inspiração profunda e relaxe.
- Faça uma nova inspiração profunda elevando e estendendo o tórax ao mesmo tempo que une os omoplatas.
- Mantenha durante 3 segundos e depois relaxe.

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA



Membro superior direito

- Mantenho o braço esticado e afastado do tronco, contraia os músculos e aperte o punho durante 5 segundos.
- Relaxe gradualmente o braço e deixe cair para junto da cadeira, sentindo o relaxamento dos músculos desde o ombro até aos dedos.

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA



Membro superior esquerdo

- Mantenha o braço esticado e afastado do tronco, contraia os músculos e aperte o punho durante 5 segundos.
- Relaxe gradualmente o braço e deixe cair para junto da cadeira, sentindo o relaxamento dos músculos desde o ombro até aos dedos.

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA



Membro Inferior direito

- Estique a perna para a frente com o joelho ligeiramente fletido.
- Faça flexão plantar do pé e dedos e comprima firmemente a coxa de encontro à cadeira, mantendo durante 5 segundos.
- Relaxe gradualmente e deixe a perna regressar à posição anterior.

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO NA PESSOA COM ASMA BRÔNQUICA



Membro Inferior esquerdo

- Estique a perna para a frente com o joelho ligeiramente fletido.
- Faça flexão plantar do pé e dedos e comprima firmemente a coxa de encontro à cadeira, mantendo durante 5 segundos.
- Relaxe gradualmente e deixe a perna regressar à posição anterior.

BIBLIOGRAFIA



- ALMEIDA, António; BUGALHO, António; GOMES, Maria João (coord.) (2010) – **Atlas de Pneumologia**. Lisboa: Permanyer Portugal 2010. ISBN 978-972-733-259-5. 2º vol. capítulo 35. p. 1113 a 1137.
- DGS - PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2000) - **Programa Nacional de Controlo da Asma**. Lisboa.
- HOEMAN, Shirley P. (2000) – **Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo**. 2ª ed. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda. ISBN 972-8383-13-4.



OBRIGADO

APÊNDICES VI

Registo de Enfermagem de Reabilitação – Avaliação Motora

Med

REGISTOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

AVALIAÇÃO MOTORA

Identificação do doente

DIAGNOSTICO CLINICO

DATA										
Estado de consciência Escala de comas de Glasgow	Abertura dos olhos	Espontânea	4							
		Ao estímulo verbal	3							
		Ao estímulo doloroso	2							
		Ausente	1							
	Resposta Verbal	Orientada	5							
		Confusa	4							
		Inapropriada	3							
		Ausente	1							
	Resposta Motora	Obedece a ordens	6							
		Localiza a dor	5							
		Foge á dor	4							
		Flexão	3							
		Extensão	2							
		Ausente	1							
SCORE										

Legenda: Assinala com x e soma o total

Avaliação pupilar	Olho Direito	Forma							
		Tamanho							
		Reacção							
	Olho Esquerdo	Forma							
		Tamanho							
		Reacção							

Legenda: Forma - Redonda; Disforma; Opaca

Tamanho - 1; 2; 3; 4;

Reacção - Reactiva; Não Reactiva; Hiporreactiva



DATA											
Avaliação dos pares cranianos	I Olfactivo	Rinorraquia									
		Anosmia									
	II Óptico	Acuidade visual									
		Campos visuais									
	III Oculomotor IV Patético VI motor ocular externo	Nistagmo									
		Ptose palpebral									
		Movimentos conjugados do globo ocular									
	V trigémeo	Sensibilidade da face									
		Movimentos mastigação									
	VII Facial	Desvio da comissura labial									
		Apagamento do sulco nasogeniano									
	VIII Acústico	Equilíbrio estático									
		Equilíbrio dinâmico									
		Audição	Direita								
			Esquerda								
	IX Glossofaríngeo	Sabor amargo									
		Sabor doce									
	X Vago	Reflexo vômito									
		Alteração do tom de voz									
		Rouquidão									
	XI Espinhal	Inclinação da cabeça	Direita								
			Esquerda								
	XII Grande Hipoglosso	Movimentos da língua	Desvio								
			Tremores								
			Protusão								

Legenda: Apresenta; Não Apresenta; Não Testado

Avaliação da força muscular	Hemicorpo	Direito	M. Superior								
			M. Inferior								
		Esquerdo	M. Superior								
			M. Inferior								

Legenda: **0/5**-Sem contracção muscular e sem movimento; **1/5**-Contracção palpável e/ou visível sem movimento; **2/5**-Movimento das extremidades não vencendo a gravidade; **3/5**-Raio de movimento completo apenas contra a gravidade e não contra a resistência; **4/5**-Raio de movimento completo contra a resistência moderada e contra a gravidade; **5/5**-Movimento normal contra a gravidade e resistência. **Escala de Lower**

DATA								
Coordenação dos Movimentos	Membro Superior Direito							
	Membro Inferior Direito							
	Membro Superior Esquerdo							
	Membro Inferior Esquerdo							

Legenda: Apresenta; Não Apresenta; Não Testado

Avaliação da Sensibilidade	Membro Superior Direito	Dolorosa						
		Táctil						
		Térmica						
	Membro Inferior Direito	Dolorosa						
		Táctil						
		Térmica						
	Membro Superior Esquerdo	Dolorosa						
		Táctil						
		Térmica						
	Membro Inferior Esquerdo	Dolorosa						
		Táctil						
		Térmica						

Legenda: Mantida; Ausente; Não Testada

Avaliação Tônus Muscular	Membro Superior Direito							
	Membro Inferior Direito							
	Membro Superior Esquerdo							
	Membro Inferior Esquerdo							

Legenda: Hipotonia;

Escala de Ashworth: **1** – Sem aumento do tônus; **2** – Leve aumento do tônus; **3** – Moderado aumento do tônus; **4** – Aumento do tonus acentuado; **5** – Rigidez em flexão ou extensão.

APÊNDICES VII

Estudo de caso

Estudo de Caso

ASMA BRONQUICA

AUTOR:

Ana Cristina Cordeiro Severiano Machado

ORIENTADOR DE ESTÁGIO:

DOCENTE ORIENTADOR:

Professora Pedreira Reina

Torres Vedras

Janeiro / 2012

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	05
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	07
3 – ANÁLISE DO CASO	15
3.1 – Colheita de Dados	15
3.2 – Plano de Cuidados	20
4 – REFLEXÃO SOBRE REFERENCIAL TEORICO	25
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
BIBLIOGRAFIA	29
ANEXO	32
ANEXO I – Escala de Glasgow	
ANEXO II - Escala de Lower	
ANEXO III - Escala de Ashworth	
ANEXO IV - Escala de Borg	

LISTA DE SIGLAS / ABREVIATURAS

AP – Auscultação Pulmonar

APECI – Associação para a Educação de Crianças Inadaptadas

AVD'S – Actividades de Vida Diárias

bpm – Batimentos por minuto

CIPE – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

cpm – Ciclos por minuto

DGS – Direcção Geral de Saúde

Dra. - Doutora

EER – Enfermeiro Especialista de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FC – Frequência Cardíaca

FEV₁ – Volume expiratório forçado no primeiro segundo

FPP – Fundação Portuguesa de Pulmão

FR – Frequência Respiratória

h – horas

MV – Murmúrio vesicular

n^o - Numero

O₂ - Oxigénio

p. – Página

PEF – Peak Expiratory Flow (Debito expiratório máximo instantâneo)

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

Rx - Radiografia

SatO₂ – Saturação do oxigénio

Sr. – Senhor

Sra. - Senhora

TA – Tensão Arterial

TAC – Tomografia Axial Computorizada

WHO - World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

<- Menor

> - Maior

\leq - Menor ou igual

\geq - Maior ou igual

% - Percentagem

1º - Primeiro

2º - Segundo

3ª – Terceira

1 – INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, de acordo com o programa do Mestrado em Enfermagem e no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), surge a realização do Estudo de Caso, integrado no ensino clínico a decorrer no serviço de Pneumologia, de um hospital distrital.

A elaboração deste estudo de caso, sobre uma pessoa com asma, surge da necessidade de dar continuidade ao trabalho de projecto delineado no decurso do último semestre de forma a atingir os objectivos planeados e desenvolver competências de enfermagem de reabilitação.

Segundo a Direcção Geral da Saúde (DGS)

”a Asma constitui um importante problema de saúde pública, uma vez tratar-se de uma das doenças mais frequentes na criança e no jovem. Com tendência de crescimento da sua incidência e prevalência, a Asma é uma importante causa de internamento hospitalar e, também, de sofrimento a vários níveis, por vezes diário e repetido, extensivo às famílias e grupos de pertença do doente, inserindo condicionamentos à sua actividade normal e, portanto, à sua qualidade de vida” (2000, p. 4)

O enfermeiro de reabilitação tem um papel preponderante, contribuindo para a qualidade de vida e, para o bem-estar da pessoa com asma e familiar/cuidador. Tornando-se, assim, pertinente abordar o tema e investir na prevenção do mesmo, com vista a minimizar a ocorrência de crises e promover o auto controlo.

Para a elaboração deste estudo de caso a colheita de dados foi feita através da consulta do processo clínico; observação e avaliação da situação da pessoa; de entrevistas informais com a pessoa, família e equipa multidisciplinar e mobilizando os conhecimentos científicos adquiridos ao longo do meu percurso profissional, bem como ao longo do percurso no curso de Mestrado; foi efectuada uma pesquisa bibliografia e foram incluídas as orientações efectuadas pela Enfermeira Especialista de Reabilitação (EER) orientadora no campo de estágio.

Este trabalho está estruturado em quatro partes: em primeiro lugar apresento o enquadramento teórico do tema pesquisado, utilizando bases teóricas, descritas na pesquisa bibliográfica; em segundo lugar faço a apresentação do estudo de caso, com referência à avaliação da pessoa e plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação,

segundo a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE); em terceiro lugar faço uma reflexão sobre a importância do estudo de caso, baseando-me na teoria do cuidar de Swanson, em quarto lugar, nas considerações finais faço uma abordagem crítica dos pontos que considero mais importantes.

A bibliografia é apresentada segundo os critérios normativos da Norma Portuguesa, em vigor na ESEL (2011).

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas que ataca o sistema respiratório que pode ocorrer em várias circunstâncias, provocando o estreitamento dos brônquios, e aumentando a dificuldade com que o ar sai e entra nos pulmões. Para a DGS as “vias aéreas cronicamente inflamadas se tornam hiperreactivas e obstruídas, limitando o fluxo aéreo (através da broncoconstrição, rolhões de muco e aumento da inflamação” (2001, p. 9). Assim o estreitamento dos brônquios é originado pela contracção dos músculos que existem à volta deles, pelo aumento da parede e pela maior quantidade de secreções produzidas.

Segundo Douglas e Holgate “A inflamação crónica é responsável pelas duas principais manifestações do mau funcionamento pulmonar na asma: hipersensibilidade brônquica e limitação aguda do fluxo aéreo” (2010, p. 11)

Habitualmente, a asma é reversível, mas em situações extremas pode ser severa ou mesmo fatal.

Para Álvares “asma Brônquica é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas, multifactorial, em que os factores genéticos e ambientais contribuem para o seu desenvolvimento” (2006, p. 15).

O diagnóstico de uma doença crónica representa um profundo choque para a pessoa, mas o choque não é só o de saber, que será doente para toda a vida, que ficará limitado nas suas capacidades e com probabilidade de uma vida mais curta, é ainda, o saber que terá que seguir continuamente um tratamento e aceitar os incómodos que lhe estão associados.

Conforme Delgado e Lima afirmam “um dos principais problemas que o sistema de saúde enfrenta é o abandono ou o incorrecto cumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde” (2001, p. 81).

Sendo a asma uma doença crónica, recorrente e de evolução muitas vezes imprevisível, pode constituir alterações que provoca restrições físicas, sociais e emocionais, tornando-se por isso uma fonte de preocupação tanto para a pessoa com asma como para a seu familiar/cuidador. Mesmo sem crise há sempre necessidade de evitar os factores desencadeantes e seguir as indicações terapêuticas dos profissionais de saúde.

Em termos epidemiológicos os dados estatísticos apontam para que em todo o mundo “a asma afecta 235 milhões de pessoas” (WHO, 2012) e, estima-se que em Portugal, segundo a Fundação Portuguesa do Pulmão (FPP) 10% da população sofra de asma (2011, p. 14).

O aumento crescente das doenças respiratórias é preocupante, porque estas doenças são um factor frequente de incapacidade temporária que se vai reflectir a nível da vida familiar, profissional e social. A FPP afirma que “as doenças respiratórias são responsáveis por 4 milhões de dias de afastamento das actividades laboral e escolar” (2010, p. 87).

Afectando a asma brônquica um elevado número de pessoas em todo o mundo é pois pertinente melhorar a eficácia e a eficiência dos cuidados de saúde à pessoa com asma. Segundo a DGS “a asma constitui um importante problema de saúde pública (...) importante causa de internamento hospitalar e também, de sofrimento a vários níveis” (2000, p. 1). Os factos atrás relatados vão provocar um aumento de custos dos cuidados, e é importante intervir precocemente pois como Collière refere “quanto mais ganham ou recuperam em autonomia, as pessoas tratadas e as suas famílias, tanto maior é a redução do custo dos cuidados, se não a curto prazo pelo menos a longo prazo” (1989, p.331).

Para Jones (2008), o propósito da educação na asma é portanto, ajudar a pessoa a desenvolver o conhecimento e as aptidões para saber quando a sua asma se está a agravar. Assim como, a partir dessa noção de gravidade, saber empreender e aderir a um regime de gestão e controlo. Se controlar os sintomas, a pessoa terá menos períodos de exacerbação, maior qualidade de vida, menor custo, progressão mais lenta da remodelação das vias respiratórias devido à inflamação, menos morbilidade e menor risco de morte por asma.

Para se implementarem estratégias que visem o desenvolvimento de competências e capacidades na pessoa com asma para gerir a sua doença é fundamental envolver a família ou o cuidador.

Segundo a DGS, coloca-se a hipótese do diagnóstico em presença de história de qualquer um dos seguintes sinais ou sintomas:

- Tosse com predomínio nocturno;
- Pieira recorrente;

- Dificuldade respiratória recorrente;
- Aperto torácico recorrente;

Eczema, rinite alérgica ou história familiar de asma, ou de doença atópica, estão frequentemente associados a asma (2000, p. 16).

Os factores de risco associados à asma e que contribuem para que os sintomas ocorram ou se agravem, para a DGS são:

- Exercício físico;
- Infecção viral;
- Animais com pêlo;
- Exposição prolongada aos ácaros do pó doméstico, existentes principalmente em colchões, almofadas e carpetes;
- Fumo, principalmente de tabaco e de lenha;
- Pólen;
- Alterações de temperatura do ar;
- Emoções fortes, principalmente quando desencadeiam riso ou choro;
- Produtos químicos inaláveis;
- Fármacos, principalmente ácido acetilsalicílico e beta-bloqueantes; (2000, p.16).

Segundo Douglas e Holgate, citando De Global Initiative for Asma (2008), uma combinação de avaliação de sintomas e de exames da função pulmonar é usada para classificar a asma segundo a sua gravidade, da seguinte forma:

1 – Intermitente

- Sintomas menos de uma vez por semana;
- Exacerbações breves;
- Sintomas nocturnos não mais de duas vezes por mês;
- FEV_1 ou PEF $\geq 80\%$ previstos
- PEF ou FEV_1 com variabilidade $<20\%$

2 – Persistente Ligeira

- Sintomas mais de uma vez por semana mas menos de uma vez por dia;
- As exacerbações podem afectar a actividade e o sono;
- Sintomas nocturnos mais de duas vezes por mês;
- FEV_1 ou PEF $\geq 80\%$ previstos
- PEF ou FEV_1 com variabilidade $<20 - 30\%$

3 – Persistente Moderada

- Sintomas diários;
- Exacerbações podem afectar a actividade e o sono;
- Sintomas nocturnos mais de uma vez por semana;
- Uso diário de inalação de agonista β_2 de curta duração
- FEV_1 ou PEF $\geq 60 - 80\%$ previstos
- PEF ou FEV_1 com variabilidade $> 30\%$

4 – Persistente Grave

- Sintomas diários;
- Exacerbações frequentes;
- Sintomas de asma frequentes durante a noite;
- Limitação das actividades físicas
- FEV_1 ou PEF $\leq 60\%$ previstos
- PEF ou FEV_1 com variabilidade $> 30\%$

A pior característica determina a classificação da gravidade. (2010, p. 43).

No que diz respeito às crises de asma, e segundo a DGS, estas podem classificar-se quando o doente apresenta os seguintes sinais e sintomas e do seguinte modo:

✓ Crise ligeira

- Apresenta dispneia à marcha;

- Tolera posição de decúbito (posição de quem está deitado);
- Apresenta um discurso quase normal;
- Está consciente;
- Apresenta-se normalmente calmo, podendo mostrar alguma ansiedade;
- Não apresenta habitualmente tiragem respiratória;
- A frequência respiratória está habitualmente normal, podendo estar ligeiramente elevada;
- A frequência cardíaca está habitualmente abaixo dos 100bpm;
- Apresenta sibilos moderados;

✓ **Crise moderada**

- Apresenta dispneia a falar;
- Adota a posição de sentado;
- Fala com frases curtas;
- Está consciente mas ansioso;
- Apresenta tiragem respiratória;
- A frequência respiratória encontra-se elevada;
- A frequência cardíaca encontra-se entre 100 e 120bpm;
- Apresenta sibilos evidentes;

✓ **Crise grave**

- Apresenta dispneia em repouso;
- Encontra-se inclinado para a frente;
- Fala apenas através de palavras;
- Encontra-se ansioso ou até agitado;
- Apresenta tiragem respiratória;
- A frequência respiratória é superior a 30cpm;

- A frequência cardíaca é superior a 120bpm;
- Apresenta sibilos muito evidentes;

✓ **Crise com paragem respiratória iminente**

- Apresenta-se sonolento ou em estado de confusão;
- Apresenta bradicardia;
- Apresenta silêncio respiratório;

O investimento no autocontrolo da asma, paralelamente aos esforços que se desenvolvem a nível epidemiológico, técnico e nos processos de prevenção, diagnóstico e terapêutica, revela-se, assim, potencialmente importante (2000, p. 18 e 19)

O enfermeiro especialista de reabilitação e a pessoa com asma

Embora não exista cura para a asma brônquica, um tratamento adequado é capaz de controlá-la e é neste contexto que surge o enfermeiro de reabilitação, como factor importante para melhorar a qualidade de vida da pessoa com asma e família.

Segundo Hesbeen

“a experiência em reabilitação proporciona conhecimentos que contribuem para enriquecer qualquer prática de cuidados.” a prática da reabilitação, “requer pessoas, actores e profissionais de saúde aos quais se pede, sobretudo, a qualidade humana que proporciona um clima verdadeiramente humanizado” (2003, p. 135).

O enfermeiro proporciona intervenções que contribuem para o bem-estar, nomeadamente a educação e valorização para o cumprimento do regime terapêutico; as medidas necessárias para evitar o desencadeamento das crises, assim como a reeducação funcional respiratória. Segundo Hoeman “a equipa de reabilitação desempenha um papel vital na melhoria da qualidade de vida dos utentes, ensinando-os a gerir os seus problemas respiratórios” (2000, p. 393). Estas intervenções tornam-se imperiosas e necessárias o mais precoce possível, sendo fundamental implicar a pessoa como parceiro activo do processo de cuidados.

Para obter a autonomia e adaptação à nova condição, de forma a manter a qualidade de vida no melhor nível possível, a pessoa com esta patologia necessita de apoio e de

validação dos ensinamentos efectuados, para Douglas e Holgate “os doentes com asma costumam ter dificuldade em reconhecer os seus sintomas e uma deficiente percepção da gravidade dos mesmos” (2010, p. 35).

Salienta-se que estas pessoas e família necessitam de investimento na promoção da saúde, relativamente à importância do cumprimento da vigilância médica, de efectuar a vacinação (segundo indicação médica), podendo ser necessário modificar hábitos de vida, como: cessação tabágica, evitar as situações de *stress*, evitar o sedentarismo e perceber as vantagens do exercício físico e a importância de ter sempre consigo a medicação que deve efectuar em caso de crise.

Segundo o estudo efectuado por Holohan (2008), a crescente compreensão das pessoas com asma e as muitas opções terapêuticas disponíveis, assim como a informação sobre o reconhecimento de como evitar os factores que originam a crise; o saber lidar com as exacerbações e os episódios agudos, dão às pessoas com asma algumas ferramentas necessárias para controlar a sua doença, a orientação dos profissionais de saúde é fundamental para que toda a informação seja integrada.

O EER deve preparar a pessoa para ser autónomo na gestão da sua patologia, mas consoante o escalão etário e a avaliação das capacidades cognitivas das pessoas poderá ser importante mobilizar o apoio familiar como fundamental. No entanto, realço que em qualquer situação a família é indispensável e o seu envolvimento é sempre pertinente. Segundo Almeida “a família desempenha um papel fundamental na garantia da continuidade de cuidados” (2005, p. 26), assim, devemos centrar os nossos cuidados na díade pessoa/família, e elaborar planos de cuidados individualizados.

O enfermeiro ao elaborar um plano de cuidados, efectua uma colheita de dados, no que concerne: história da situação actual; antecedentes familiares; avaliação das condições físicas e respiratórias; avaliação das alergias, estudo da função pulmonar e perceber se existem implicações dos sintomas nos outros sistemas (habitacional e profissional);

Segundo Fricker (2005), um plano de acção individualizado para a pessoa com asma, tem como objectivo promover o *empowerment*, envolvendo a aquisição de conhecimentos acerca da sua patologia e encorajando a adopção de uma acção participativa/atitude pró activa no controlo da sua situação clínica.

A autora concluiu que capacitar as pessoas para lidar com a asma, requer tempo e empenho por parte dos enfermeiros, mas oferece grandes benefícios em termos do

controlo de sintomas e qualidade de vida das pessoas. Os planos de controlo da asma precisam de ser trabalhados e ajustados à pessoa. A acção participativa da pessoa com asma reduz as admissões hospitalares, as idas ao Centro de Saúde e o absentismo laboral. As pessoas precisam de mensagens e informações simples para lidar com a sua patologia.

3 – ANÁLISE DO CASO

3.1 – Colheita de Dados

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: M. O. A.

Raça: caucasiana

Naturalidade:

Sexo: Feminino

Idade: 65 anos

Data de nascimento:

Habilitações literárias: 3ª ano de escolaridade

Residência:

Centro de Saúde de referência:

Subsistema de Saúde: Segurança Social

Pessoa de referência: Esposo

Antecedentes familiares: Pai com asma.

Internamentos por crise de Asma: 1ª internamento

Vacinas da Gripe: refere que fez – Outubro/2011

Alergias conhecidas: cloro; ácaros; tintas;

Hábitos tabágicos: Não fuma

A Sra. M. O. A. é casada, reformada (trabalhadora agrícola), reside com o seu esposo (Polícia - reformado) em casa própria e com a filha mais nova, de 30 anos de idade que é deficiente. Tem mais dois filhos: um rapaz que é sargento da marinha e vive em Lisboa, e uma rapariga que tem o Curso Hotelaria – e que trabalha na Câmara Municipal de

Esta filha vive na casa ao lado da sua com dois filhos (um com 13 anos e o outro com 19 anos).

A habitação tem acesso por escadas exteriores e interiores, têm água canalizada, luz eléctrica, está equipada com aquecedores e desumidificador para utilizar quando ela considera que é necessário.

A Sra. refere que a deficiência da filha foi diagnosticada aos 4 meses, e que lhe disseram que foi o “encerramento do cérebro muito rápido” **sic**, a filha é independente na marcha mas necessita de ajuda de terceiros nas AVD’S, actualmente frequenta o Instituto

[] das 8 horas e 30 minutos às 17 horas. Já frequentou a APECI de []
[]

Segundo a Sra. M.O., a filha é uma menina muito afável, tem um bom relacionamento com o pai, irmãos, sobrinhos, vizinhos, funcionários da Instituição que frequenta, não sendo motivo de preocupação, o não estar com a filha neste momento.

Refere que residiu na Guiné cerca de um ano e meio, antes de os filhos nascerem, porque o esposo pela sua profissão foi destacado para lá. Anteriormente, durante a guerra, o esposo já lá tinha estado, por estes factos, actualmente e, segundo a esposa, sofre de “*stress da guerra*”, e tem fobia a locais fechados.

A Sra. M.O, descreve-se como tendo muita vitalidade, e o seu projecto de vida, é cuidar e acompanhar a família.

ANTECEDENTES PESSOAIS

- Asma (diagnosticada aos 18 anos de idade);
- Apendicectomia (efectuada há 30 anos)
- Hernia discal L5 e L6 (operada há 18 anos)
- Crises de Ansiedade

MEDICAÇÃO DO DOMICILIO

Brisomax 3xdia; Singulair 1xdia; Bricanyl 0,5 SOS; Morfex 15 mg 1xdia (noite); Sedoxil SOS;

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL (dados colhidos do processo clínico em entrevista à Sra. M.O.)

A Sra. M. O. A., no início de Dezembro recorreu ao médico de família por sentir cansaço a médios esforços, e ter expectoração escassa e acessos de tosse, foi-lhe diagnosticado Infecção respiratória, e foi medicada com levofloxacina durante 10 dias, melhorou um pouco mas manteve a crise de asma.

Por agravamento da tosse, da dispneia, e por ter opressão torácica e pieira, recorreu por duas vezes à urgência do Hospital de [] onde lhe foi prescrito novamente levofloxacina e posteriormente azitromicina, mesmo com esta medicação manteve a crise de asma.

Há cerca de uma semana recorreu ao médico de família, foi medicada com lepicortinolo 60 mg/dia, durante 3 dias.

19/01/2012 - Após contacto telefónico, recorreu, ao **Serviço** de Consulta Externa, especialidade Pneumologia, por apresentar tosse, expectoração, pieira, opressão torácica, dispneia e cansaço a pequenos esforços. Foi observada e, por broncoespasmo, ficou internada no serviço de Pneumologia, onde chegou acompanhada pela médica e pelo seu esposo.

EXAMES EFECTUADOS:

No decurso do internamento foram realizados um conjunto de exames complementares de diagnóstico, para precisar o diagnóstico e despistar outras patologias associadas. Assim, realizou: avaliação analítica; gasimetria; radiografia ao tórax; angio TAC.

A destacar:

Gasimetria (26/01/2012) - pH = 7,507; PCO₂ = 40,1; PO₂ = 78,3; satO₂ = 96,5;

Angio TAC – A documentação obtida exclui trombose pulmonar, com expressão aguda ou crónica, tendo-se definido favorável permeabilidade vascular até às divisões subsegmentares a nível bilateral.

Na avaliação parenquimatosa, não apresenta lesões focais expansivas ou pneumonia em curso.

Não há derrame pleural ou pericárdico e não apresenta adenopatias centrais do mediastino.

EXAME OBJECTIVO (Pneumologia, dados do processo clínico)

Estado consciência: vigil, consciente, orientada na pessoa, tempo e espaço.

Pele e mucosas: coradas e hidratadas

TA = 135/80 mmHg

FC = 90 bpm

Temperatura = 36,5°C

SatO₂ = 93%

O₂ = 2 L/min

20/01/2012

1º DIA – NEUROAVALIAÇÃO

À neuroavaliação de enfermagem apresenta-se vigil, alerta, consciente do ambiente que a rodeia, orientada na pessoa, no tempo e espaço com score 15 na escala de Glasgow (Anexo I).

AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

Segundo a escala de Lower (Anexo II) apresenta:

Membros superiores e membros inferiores, força score 5 (movimento normal contra a gravidade e resistência);

TONUS MUSCULAR

Segundo a escala de Ashworth (Anexo III) apresenta:

Membros superiores e membros inferiores score 1 (sem aumento do tônus).

AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO

Apresenta bom equilíbrio estático e dinâmico, sentada e em pé.

PADRÃO RESPIRATÓRIO

Sinais vitais:

TA = 143/85 mmhg;

FC = 88 bpm;

SatO₂ = 98%;

FR = 20 cpm;

O₂ = 2 L/min;

Respiração espontânea, abdomino-diafragmática, ritmo regular, amplitude mantida, segundo a escala de Borg, (Anexo IV) score 2.

Auscultação pulmonar – Murmúrio vesicular diminuído no lobo inferior direito e mantido no lobo superior direito, médio direito, superior esquerdo e inferior esquerdo.

3.2 - Plano de Cuidados

DATA	FENOMENO ENFERMAGEM	DIAGNOSTICO ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	RESULTADO
20/01/2012	Respiração	<p>Ventilação diminuída (MV diminuído base direita)</p> <p>Limpeza das vias aéreas não eficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliar dispneia; ➤ Efectuar auscultação pulmonar; ➤ Avaliar FC e SatO₂; ➤ Gerir oxigenioterapia; ➤ Visualizar Rx de tórax; ➤ Treinar reeducação funcional respiratória: <ul style="list-style-type: none"> - Consciencialização e controlo da respiratória; - Dissociação dos tempos respiratórios; - Exercícios de expansão torácica; - Exercícios de reeducação diafragmática global; - Exercícios de reeducação costal selectivos e global; ➤ Reforço positivo nos pequenos progressos; ➤ Efectuar manobras acessórias de compressão e vibração; ➤ Instruir sobre tosse assistida e dirigida; 	<p>20/01/2012</p> <p>Refere score 2 na escala de Borg; FC= 90 bpm; SatO₂=97%; O₂=2 L/min Realizou exercícios: - Consciencialização e controlo da respiratória; - Dissociação dos tempos respiratórios; Apresenta cansaço a pequenos esforços.</p> <p>25/01/2012</p> <p>Refere score 1 na escala de Borg; FC= 66 bpm; SatO₂=96%; O₂=2 L/min Realizou exercícios de reeducação funcional respiratória. Ingeriu água.</p> <p>26/01/2012</p> <p>Refere score 1 na escala de Borg; FC= 75 bpm; SatO₂=98%; O₂=2 L/min Realizou exercícios de reeducação funcional respiratória. Refere cansaço a</p>

			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Treinar tosse assistida e dirigida; ➤ Incentivar a ingestão de água; 	<p>moderados esforços.</p> <p>Ingeriu água.</p> <p>27/01/2012</p> <p>Refere score 1 na escala de Borg;</p> <p>FC= 74 bpm; SatO₂=98%; O₂=2 L/min</p> <p>Realizou exercícios de reeducação funcional respiratória.</p> <p>AP- murmúrio vesicular mantido.</p> <p>Ingeriu água.</p> <p>30/01/2012</p> <p>Alta</p>
--	--	--	---	--

DATA	FENOMENO ENFERMAGEM	DIAGNOSTICO ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	RESULTADO
20/01/2012	Energia	Conhecimento não demonstrado sobre intolerância a actividade	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instruir sobre técnicas de conservação de energia: <ul style="list-style-type: none"> - No autocuidado higiene; - Na marcha; - A subir e descer escadas; ➤ Instruir sobre técnicas de relaxamento; 	<p>25/01/2012</p> <p>Efectuou técnicas de conservação de energia nos esforços</p> <p>26/01/2012</p> <p>Efectuou técnicas de conservação de energia e técnicas de relaxamento</p> <p>27/01/2012</p> <p>Apresenta potencial demonstrado na</p>

				execução das técnicas 30/01/2012 Alta
--	--	--	--	--

DATA	FENOMENO ENFERMAGEM	DIAGNOSTICO ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	RESULTADO
20/01/2012	Regime terapêutico	Conhecimento diminuído	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliar administração de terapêutica inalatória; ➤ Instruir sobre posições de relaxamento; ➤ Avaliar conhecimentos dos sinais de alerta de crise de asma; ➤ Avaliar conhecimento da dispneia; ➤ Avaliar conhecimentos sobre os factores que podem desencadear as crises de asma; ➤ Incentivar o exercício geral, gerindo o esforço; ➤ Incentivar a cumprir o esquema de vacinação; 	20/01/2012 Apresenta conhecimentos sobre os sinais de alerta de crise da asma e sobre dispneia. Identifica a posição de cocheiro como alívio. 25/01/2012 Identifica os factores de risco e os cuidados a efectuar. Executa terapêutica inalatória. 26/01/2012 Realizar actividades domésticas,

				<p>caminhadas pelo menos 2 vezes na semana.</p> <p>27/01/2012</p> <p>Apresenta potencial demonstrada para o regime terapêutico.</p> <p>30/01/2012</p> <p>Alta</p>
--	--	--	--	---

DATA	FENOMENO ENFERMAGEM	DIAGNOSTICO ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	RESULTADO
20/01/2012	Interacção de papéis	Papel de prestador de cuidados não demonstrado	<p>➤ Instruir a família sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinais e sintomas de alerta de crise de asma (tosse; pieira; opressão torácica; dispneia); - Factores que podem desencadear as crises de asma (condições climáticas; fumo do tabaco; exercício; emoções fortes; infecções respiratórias, produtos químicos inaláveis, pelos de animais); Condições da habitação (frio, humidade); 	<p>25/01/2012</p> <p>Esposo e filho mostraram-se interessados em adquirir os conhecimentos</p>

			<p>Limpeza especialmente do quarto da doente;</p> <p>Usar vestuário adequado às condições climáticas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colaborar na preparação e administração da medicação; - Técnicas de dissociação dos tempos respiratórios; - Técnicas de conservação de energia; - Vantagens do exercício; 	<p>30/01/2012</p> <p>Alta, saiu acompanhada do esposo</p>
--	--	--	--	--

4 – REFLEXÃO SOBRE REFERENCIAL TEORICO

Este estudo de caso permitiu-me desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Reabilitação, e promover a qualidade dos cuidados prestados numa perspectiva holística. Permitindo-me, também, estabelecer uma relação de confiança com a pessoa e família, detectar necessidades, estabelecer objectivos, e desenvolver intervenções que permitam otimizar as funções ao nível respiratório, da pessoa que teve asma brônquica agudizada.

O enfermeiro necessita de ter um referencial teórico que suporte e norteie as intervenções de enfermagem, escolhi o referencial teórico de Swanson que baseia-se na teoria do cuidar proporcionando uma base compreensiva para conhecer e valorizar a pessoa que cuidamos, assim como as suas experiências e vivências, justificando a prática de enfermagem e, favorecendo o autoconhecimento, o autocontrolo e a autonomia. A sua teoria está assente em cinco categorias ou processos e ao usá-las como base teórica permitiram-me conhecer melhor a pessoa.

Nesta perspectiva a teoria de Swanson faculta uma base compreensiva da pessoa, pelo que se encontra no paradigma fenomenológico e é um referencial teórico fundamental para promover a adesão ao regime terapêutico (CATELA, 2010).

A teoria de Swanson (1991, 1993, 1998) com os seus cinco processos de cuidar, permite ao enfermeiro um “olhar” profundo para a pessoa que cuida.

Assim, cuidar para esta autora consiste em:

Conhecer – Esta senhora conhece a patologia tendo noção que é uma doença crónica, que com o tratamento adequado é controlável.

Quando a pessoa está esclarecida sobre a situação, sente-se envolvida na prestação dos cuidados referentes à patologia. Quando há conhecimento ficam comprometidos tanto o prestador de cuidados como aquele que é cuidado (SWANSON, 1991, 1993, 1998).

O objectivo ou o projecto de vida desta senhora é acompanhar e cuidar a família, tal como me referiu, a família está sempre muito presente em sua casa, o esposo e a filha mais nova vivem com ela, os netos vão para sua casa esperar os pais e por vezes partilham as refeições, os outros dois filhos estão sempre muito presentes, sendo motivo de contentamento para ela e para a filha que tem deficiência.

Estar com – É partilhar os acontecimentos da sua vida. Proporcionei um clima de relação de ajuda, mostrando disponibilidade, partilhando os seus sentimentos, compreendendo a sua realidade e experiência de vida. A senhora gosta de falar e facilmente partilha os eventos de sua vida, é com entusiasmo que fala de si e de sua família.

Segundo Swanson é estar emocionalmente presente com o outro. O enfermeiro deve criar um clima de relação de ajuda, mostrando-se disponível para a pessoa, aceitando a sua realidade e experiência de vida (1991, 1993, 1998).

Fazer por – Perceber e aprofundar os seus conhecimentos. Incentivei-a a adquirir e a desenvolver conhecimentos sobre sinais e sintomas, posições de relaxamento, factores desencadeantes, regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso, técnicas de conservação de energia e técnicas de relaxamento, valorizando os seus conhecimentos e dando reforço positivo no seu desempenho.

De acordo com Swanson é fazer pelo outro o que ele faria a si próprio se lhe fosse possível. O enfermeiro deve ter estratégias de intervenção de forma a orientar e encaminhar, sempre que necessário, a pessoa com asma e sua família (1991, 1993, 1998).

Possibilitar – Sendo a asma uma patologia que pode originar incapacidade temporária, reflectindo-se a nível familiar, profissional e social, é primordial a família aperceber-se dessas situações e orientar de forma a prevenir, para que a pessoa mantenha a qualidade de vida.

Esta família quando é necessário assume as actividades diárias da Sra. M.O., não permitindo o isolamento e proporcionando o acompanhamento às suas consultas médicas.

Para Swanson é facilitar a passagem do outro, pelas transições da vida e de acontecimentos desconhecidos (1991, 1993, 1998).

Manter a crença – A Sra. M.O mantém a confiança para ultrapassar os acontecimentos originados pela agudização da patologia e acredita que é capaz, pois descreve-se como tendo muita vitalidade, sendo o seu projecto de vida, cuidar e acompanhar a família. Apresenta uma vida activa, gerindo as actividades domésticas, proporcionando conforto e bem estar à sua família e efectuando caminhadas, pelo menos 2 vezes por semana.

Segundo Swanson é manter a confiança na capacidade dos outros, ultrapassando os acontecimentos ou transições e enfrentando o futuro com significado (1991, 1993, 1998).

Cuidar é um fenómeno fulcral e unificador da enfermagem, os enfermeiros proporcionam cuidados sem que a pessoa tenha obrigação de retribuir.

A teoria de cuidar proporciona um sentido essencial, para a razão pela qual os factores de cuidar e o papel de ajuda, podem ser percebidos como benéficos pelas pessoas cuidadas a nível da enfermagem. (SWANSON, 1991, 1993, 1998).

As necessidades de cuidados às pessoas com alterações a nível da saúde, são a razão das intervenções de enfermagem, sendo o cuidar um ponto fulcral.

Considero que foi muito gratificante a elaboração deste estudo de caso, constituiu sem dúvida um grande momento de reflexão, aquisição de conteúdos e saberes, o qual me permitiu crescer neste percurso e permitirá melhorar a realização de futuros estudos de caso noutros contextos de cuidados.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A asma tem tendência de crescimento e de prevalência, o diagnóstico precoce é importante porque a asma instalada e não tratada pode ter um grau de gravidade mais elevado, pode variar de ligeira e intermitente a grave e persistente, sendo “correctamente diagnosticada e adequadamente tratada, a maioria dos doentes pode levar uma vida normal, embora muitos necessitem de tomar medicamentos com regularidade” (DOUGLAS e HOLGATE, 2010, p. 7).

Na pessoa com asma ambiciona-se um melhor controlo da patologia e naturalmente, uma melhor qualidade de vida, que vá permitir a obtenção substancial de ganhos em saúde.

As famílias das pessoas com asma estão directamente afectadas nas situações de sofrimento e até de internamento, é necessário que estejam aptas a ajudar, para isso precisam de conhecer a patologia e as estratégias de intervenção tão bem como o próprio utente.

No contexto da família Correia, refere que “é essencialmente nela e com ela que cada individuo procura o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise que surgem ao longo da sua vida” (2005, p. 126). As famílias/cuidador têm de ser apoiadas e orientadas pelo EER, de forma a serem bons cuidadores e estarem alerta aos sinais e sintomas de agravamento da situação da asma.

Existe um longo caminho a percorrer nesta área em que o EER tem um papel muito importante, maximizando as capacidades das pessoas e família/cuidador com asma na gestão da sua patologia, garantindo assim o bem-estar e a qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA

- ÁLVARES, Emília (2006) – **Doenças respiratórias – Manual prático**, Lidel – edições técnicas, Lda, Lisboa – Porto ISBN-13: 978-972-757-367-7 e ISBN-10: 972-757-367-3.
- ALMEIDA, Ana Cristina; [et al] (2005) – Transição do doente dependente para a família. **Sinais vitais**. Coimbra, ISSN 0872-884 nº 62 (Setembro 2005). p. 26 – 31.
- BRANCO, Teresa; SANTOS, Rui (2010) – **Reabilitação da pessoa com AVC**. Formasau – Formação e Saúde, Lda. Coimbra. Junho. ISBN: 978-989-8269-09-6.
- CATELA, A. I. (2010) - Viver a Adesão ao Regime Terapêutico – Experiências Vividas do Doente Submetido a Transplante Cardíaco. **Pensar Enfermagem**, Vol. 14, nº 2, 2º semestre. p. 39 – 54.
- CIPE - International Council of Nurses (2002, Outubro). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE / ICNP*. Versão Beta 2, Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- COLLIÈRE, Marie – Françoise (1989) – **Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 2ª ed. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e SEP. ISBN 972 – 95420 – 0 - 7.
- CORREIA, Carla; [et al] (2005) - A FAMÍLIA DO DOENTE DEPENDENTE. **Servir**. Lisboa. ISBN 0871-2370. Vol.53, nº 3 (Junho 2005). p. 126 - 131.
- DELGADO, Artur Barata; LIMA, Maria Luisa (2001) – Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **PSICOLOGIA, SAÚDE E DOENÇAS**. Lisboa, 2 (2). p. 81 – 100.
- DGS - PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2000) - **Programa Nacional de Controlo da Asma**. Lisboa.
- DGS.- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2001). **Manual de Boas Práticas na Asma – Programa Nacional de Controlo Asma**. Lisboa.
- DOUGLAS, Jo; HOLGATE, Stephen T (2010) – **Fast Facts: Asma**. 3ª ed. Algés: Euromédice, Edições Médicas, Lda. ISBN: 978-972-8749-89-7.

- ESEL – **Guia orientador**. 2011. GUIA ORIENTADOR PARA A ELABORAÇÃO DE TRABALHOS ESCRITOS, BIBLIOGRAFIAS E CITAÇÕES. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Centro de documentação. Lisboa, Portugal.
- FRICKER, J. (2005). Breathe easy. *Nursing Standard*, 20(7), 26-28. Acedido a 30/04/2011, Retrieved from EBSCOhost.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009072358&lang=pt-br&site=ehost-live>
- FPP - FUNDAÇÃO PORTUGUESA DO PULMÃO – **Saúde respiratória em Portugal 2010**. ONDR (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias).
- Fundação Portuguesa do Pulmão (2011). *Desafios e oportunidades em tempos de crise*. Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, ONDR
- HESBEEN, Walter (2003) – **A Reabilitação Criar novos caminhos**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-43-6.
- HOEMAN, Shirley P. (2000) – **Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo**. 2ª ed. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda. ISBN 972-8383-13-4.
- HOLOHAN, J. (2008). Support and partnership in asthma. *World of Irish Nursing & Midwifery*, 16(1), 41-42. Acedido a 30/04/2011, Retrieved from EBSCOhost.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009771885&lang=pt-br&site=ehost-live>
- JONES, M. (2008). **Asthma self-management patient education...** including discussion with Stoloff SW, Sorkness, Enright, and Myers TR. *Respiratory Care*, 53(6), 778-786. Acedido a 30/04/2011, Retrieved from EBSCOhost.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009945645&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- MARTINEZ, J.A.B; PADUA; A.I; FILHO J.T. (2004) – **Dispneia**. Medicina, Ribeirão Preto; Simpósio: Semiologia, 37, Julho/Dezembro, capítulo. p. 199 – 207.
- SWANSON, Kristen (1991) – Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. **Nursing research**, May/June, vol. 40, nº3. p 161-166.

- SWANSON, Kristen (1993). Nursing as informed caring for the Well-Being of others. Image; **Journal of Nursing** Scholarship, 4 (25), p. 352-357.
- SWANSON, Kristen (1998). **Caring made visible, Creative Health Care Management.** p 1 – 18. Recuperado em 15 de Maio de 2012 do https://ccm.unc.edu/ccm/groups/public/@nursing/documents/content/ccm3_032551.pdf
- TEIVE, H.A.G; ZONTA, M; KUMAGAI, Y. (1998) – **Tratamento da espasticidade uma atualização.** Arq Neuropsiquiatr, 56 (4). p. 852 – 858.
- WHO (2012). Asthma. Recuperado em 28 de Abril de 2012 do <http://www.who.int/respiratory/asthma/en/>

ANEXOS

ANEXO I

Escala de Glasgow

Escala de Comas de Glasgow

PARAMETROS	PONTOS	RESPOSTA
Abertura dos olhos	4	Espontânea
	3	Ao estímulo verbal
	2	Ao estímulo doloroso
	1	Ausente
Resposta Verbal	5	Orientada
	4	Confusa
	3	Inapropriada
	2	Incompreensível
	1	Ausente
Resposta Motora	6	Obedece a ordens
	5	Localiza a dor
	4	Foge á dor
	3	Flexão
	2	Extensão
	1	Ausente

Fonte: Branco e Santos (2010) – **Reabilitação da Pessoa com Avc**

ANEXO II

Escala de Lower

Escala de Lower	
0/5	Sem contracção muscular e sem movimento
1/5	Contracção palpável e/ou visível sem movimento
2/5	Movimento das extremidades não vencendo a gravidade (ex: move o membro na base da cama)
3/5	Raio do movimento completo apenas contra a gravidade e não contra a resistência
4/5	Raio do movimento completo contra a resistência moderada e contra a gravidade
5/5	Movimento normal contra a gravidade e resistência

Fonte: Branco e Santos (2010) – **Reabilitação da Pessoa com Avc**

ANEXO III

Escala de Ashworth

Escala de Ashworth	
Escore	Grau do Tônus Muscular
1	Em aumento de tônus
2	Leve aumento de tônus (“canivete”)
3	Moderado aumento do tônus
4	Aumento do tônus acentuado
5	Rigidez em flexão ou extensão

Fonte: TEIVE, ZONTA e KUMAGAI (1998) – **Tratamento da Espasticidade – Uma Actualidade**

ANEXO IV

Escala de Borg

Escala de Borg Modificada

0	Nenhuma
0.5	Muito, muito, leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Um pouco forte
5	Forte
6	
7	Muito forte
8	
9	Muito, muito, forte
10	Máxima

Fonte: MARTINEZ; PADUA e FILHO (2004) – **Dispneia**

APÊNDICES VIII

**Programa Enfermagem Direcctionado para a Pessoa com Asma
e Familiar em Consulta Externa**

PROGRAMA DE ENFERMAGEM

DIRECCIONADO PARA O PESSOA COM ASMA E FAMILIAR

EM CONSULTA EXTERNA

1 – Definição

Afectando a asma brônquica um elevado número de pessoas em todo o mundo é pois pertinente melhorar a eficácia e a eficiência dos cuidados de saúde à pessoa com asma. Tendo em conta que é uma doença crónica, com grande importância a nível pessoal e social, ou seja pode limitar a pessoa nas actividades habituais, em termos psicossociais, causando perturbações no seu bem-estar e qualidade de vida, pode consequentemente interferir com a sua família.

Sendo esta patologia tão actual é pertinente contribuir para controlar os sintomas, minimizar a morbilidade e favorecer a qualidade de vida, é fundamental o investimento no tratamento: prevenir as exacerbações, melhorar a função pulmonar, restabelecer e manter as actividades de vida diária e prevenir o desenvolvimento de obstrução irreversível.

2 – Objectivos

- Identificar as problemáticas/necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação da pessoa com asma e seu familiar/cuidador;
- Identificar as problemáticas específicas da pessoa com patologia de asma e seus familiares/cuidadores;

3 – Campo de Aplicação

Pessoas com o diagnóstico de Asma Brônquica, que sejam seguidas em consulta externa, na especialidade de Pneumologia.

4 – Descrição

4.1 – Origem

Dada a crescente tendência desta doença, é necessário eliminar as causas evitáveis e envolver a pessoa com asma no processo de gestão da sua própria doença, transmitindo-lhe conhecimentos e desenvolvendo-lhe competências.

No âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi-me solicitado um projecto de formação, numa área que sentisse como problemática e com necessidade de desenvolver competências

Após reflexão sobre a minha prática, optei por desenvolver competências específicas, como enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, na área do foro respiratório, mais especificamente na pessoa com asma, uma vez que constatei que havia um número significativo de utentes que eram internados, no , devido a descompensação da sua situação. Não existindo apoio de enfermagem de reabilitação em Consulta Externa.

4.2 – Implementação

Após conhecimento e aval das entidades responsáveis, Enfermeiro Director; Director da Especialidade de Pneumologia e Enfermeira Chefe da Consulta, inicia-se a implementação do projecto.

Para a implementação do projecto é necessário uma nova dinâmica do percurso do utente, sendo essencial a reestruturação do espaço físico, gabinete para a intervenção de enfermagem.

4.3 – Percurso do Utente

Depois da consulta médica, onde é avaliada a sua situação clínica, encaminha-se para a enfermeira, que executa uma entrevista semi-estruturada, segundo o (anexo I), com a finalidade de:

- Conhecer a situação clínica do utente e apoio família;
- Identificar hábitos de vida e conhecimento sobre a patologia asma;
- Identificar factores desencadeantes dos sintomas da asma;
- Avaliar a adesão ao regime terapêutico;

É importante considerar os hábitos culturais e as condições socio-económicas das pessoas/famílias ao abordar as questões.

Define-se as seguintes intervenções de Enfermagem:

- Avaliar situação clínica, efectuando o diagnóstico de enfermagem;
- Estabelecer forma de comunicação participativa com a pessoa/família;
- Instruir a pessoa/família sobre a asma;
 - Sinais e sintomas de crise de asma (tosse, pieira, opressão torácica, dispneia);
 - Factores desencadeantes (condições climáticas: frio, humidade, pólen, poluição; fumo tabaco; exercício; emoções fortes: riso, choro; infecções respiratórias; produtos químicos inaláveis; pêlos de animais);
 - Habitação (temperatura, humidade, arejamento);
 - Limpeza, especialmente o quarto (roupa da cama, cortinados, tapetes, peluches, usar pano húmido para limpar e arejar o quarto);
 - Vestuário adequado (proteger o pescoço e a boca do frio);
- Instruir sobre técnicas de descanso e relaxamento;
- Promover as vantagens do exercício físico (qualquer tipo de actividade física, segundo as preferências, proteger do frio nas actividades ao ar livre);
- Incentivar os hábitos saudáveis (evitar: ambientes poluídos ou com risco de contrair infecção respiratória, álcool, tabaco);

- Instruir sobre o auto-controlo com o uso do Peak-Flow Meter – avalia DEMI – débito expiratório máximo instantâneo (deve ser medido diariamente ou em início de crise);
- Instruir sobre gestão do regime terapêutico (medicamentoso/não medicamentoso);
- Efectuar reeducação funcional respiratória:
 - consciencialização e controlo da respiração;
 - dissociação dos tempos respiratórios;
 - Reeducação diafragmática;
 - ✓ Global;
 - ✓ Porção posterior/Porção anterior;
 - ✓ Flexão da coxa femural/Ênfase na expiração;
 - Reeducação Costal Global;
 - Abertura Costal Selectiva;
 - Assistir manobras acessórias (compressão/Vibração);
 - Instruir/Treinar tosse (assistida/dirigida);
 - Instruir sobre técnicas de conservação de energia – fase de agudização;
- Interligar com equipa multidisciplinar quando necessário (médico, assistente social, dietista, fisioterapeuta e psicólogo);

5 – Registos

Preenchimento de folha de colheita de dados, individual, sendo actualizada de consulta para consulta., arquivada em dossier.

Efectuando um ficheiro por ordem alfabética, dos utentes com patologia de asma e seguidos em consulta externa de Pneumologia.

APÊNDICES IX

**Folha de Avaliação Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com
Asma em Consulta Externa**



**AVALIAÇÃO ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
À PESSOA COM ASMA – CONSULTA EXTERNA**

Vinheta de identificação (Nome, data de nascimento, morada, contacto)	Unidade de Saúde da área de residência:
	Médico de Referência no Hospital:
	Data do Diagnóstico Asma:

DADOS PESSOAIS:

- Sexo - ☐ Feminino ☐ Masculino

- Idade - Anos

- Estado civil - ☐ Solteiro ☐ Casado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ União de Facto ☐

- Escolaridade - ☐ Analfabeto ☐ 1º a 4º ano ☐ 5º e 6º ano ☐ 7º e 8º ano ☐ 10º a 12º ano ☐ Ensino médio e superior ☐

- Profissão - _____

- Cuidador de Referência - _____ Contacto: _____

Onde vive: ☐ Domicílio ☐ Lar ☐ Outros/especifique _____

Com quem vive: ☐ só ☐ com outros/especifique _____

Tempo em que está só nas 24h: ☐ menos de 8h ☐ mais de 8h

HISTÓRIA:

- Antecedentes Pessoais - _____

- Antecedentes Familiares (Asma) – _____

- Internamentos Anteriores (crise asma) – ☐ Não ☐ Sim Há quanto tempo? Onde?

- Idas ao Serviço de Urgência por causa da asma - ☐ Não ☐ Sim Quantas vezes?

- Exames Complementares de Diagnóstico – _____

- Alergias - _____

- Hábitos Tabágicos: Fumador - ☐ Não ☐ Passivo ☐ Activo ☐ ex-Fumador _____ UMA (anos de fumador x nº cigarros dia / 20)

MEDICAÇÃO:

- Medicação Actual - _____

- Vacinas Gripe – _____

ALIMENTAÇÃO:- Nº de refeições por dia – Peso – Kg **Altura** m \Rightarrow IMC _____ (divisão do peso pelo quadrado da sua altura)**ESTADO COGNITIVO:**- **Orientação:** Tempo - ☐ Sim ☐ Não / Espaço ☐ Sim ☐ Não- **Memória** : Longo Prazo ☐ Mantida ☐ AlteradaCurto Prazo ☐ Mantida ☐ Alterada- **Compreensão:** ☐ Mantida ☐ Alterada**HABITAÇÃO:****Local:** ☐ Campo ☐ Cidade**Condições:** ☐ Água Canalizada ☐ Luz Eléctrica ☐ Saneamento Básico ☐ Escadas ☐ Elevador**Ambiente interior:** ☐ Humidade ☐ Bolor☐ Sistema de aquecimento: ☐ Lareira ☐ Gás/Botija ☐ Eléctrico ☐ Gás Canalizado ☐ Bombas de Calor**ACTIVIDADE FÍSICA**

Tipo de actividade: _____

Frequência/semanal: _____

ASMA (últimos 6 meses)	Data				
Esteve controlada (sim ou não – data da crise)					
Sintomas de agudização – quantas vezes e quais (tosse; pieira; opressão torácica; dispneia)					
Agudização nocturna – quantas vezes (acordar de noite ou mais cedo que o costume)					
Tomou medicamentos (especifique o medicamento)					
Efectua o auto-controlo com o uso do DEM (debito expiratório máximo) – sim ou não					
Alterou as actividades que tinha – sim ou não (desporto; escolares; domésticas; lazer; sociais ...)					
Observações:					

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Data	Data	Data	Data
Respiração Comprometida				
Limpeza das vias aéreas Ineficaz				
Autocuidado: Actividade física				
Autocuidado: Gestão do Regime terapêutico comprometido				
Papel de prestador de cuidados não demonstrado				

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (Pessoa com asma e familiar / cuidador)	Data	Data	Data	Data
Instruir para identificar e intervir sobre: - sinais e sintomas de crise; - factores desencadeantes;				
Instruir sobre posição de descanso e relaxamento				
Treinar correcção postural				
Instruir / Assistir na consciencialização da respiração / Controlo e dissociação dos tempos respiratórios				
Instruir / Treinar: Técnicas respiratórias - Reeducação diafragmática <ul style="list-style-type: none"> • Global • Porção posterior / Porção anterior • Flexão da coxa femural / Ênfase na expiração - Reeducação Costal selectiva e Global - Abertura Costal Selectiva				
Assistir manobras acessórias (compressão / Vibração)				
Instruir / Treinar tosse (assistida / dirigida)				
Instruir sobre técnicas de conservação de energia – fase de agudização				
Instruir sobre o auto-controlo com o uso do Peak-Flow Meter				
Instruir sobre gestão do regime terapêutico (medicamentoso / não medicamentoso)				
Instruir sobre as vantagens do exercício físico				

OBSERVAÇÕES:

PROXIMA CONSULTA				
-------------------------	--	--	--	--

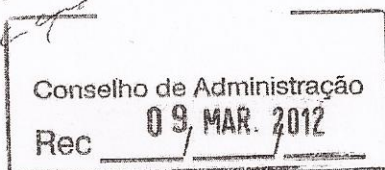
Data:

Assinatura:

APÊNDICES X

Pedido de Autorização ao Conselho de Administração

*Anchisa do
o objetivo do
estudo entender-se.
que mede na a, ofi
a, para recheja*



11412 -CA. JNT.

Ao conselho de administração do

*A. J. Inf. - Direct
Enfermagem de*

2012/03/12

Assunto: Pedido Implementação de projecto para consulta de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com asma

Dr. 2012

Eu, **Ana Cristina Cordeiro Severiano Machado**, enfermeira, com o n.º mecanográfico 81198, membro da ordem dos enfermeiros n.º 5-E-13364, a exercer funções no serviço de Consulta Externa deste Centro Hospitalar, elaborei no âmbito do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, um projecto direccionado à pessoa com asma.

Venho por este meio solicitar a implementação da intervenção de Enfermagem de Reabilitação na consulta de Pneumologia, direccionada para as pessoas com a patologia de asma.

Envio em anexo o meu projecto para a consulta de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com asma.

Sem outro assunto de momento.

Com os melhores cumprimentos.

*Tomei
conhecimento
em 09/03/2012*

Torres Vedras, 08 de Março de 2012

Ana Cristina C. Severiano Machado

Ana Cristina Cordeiro Severiano Machado